

**Міністерство охорони здоров'я України
Полтавський державний медичний університет
КП «Полтавський обласний центр екстреної медичної допомоги
та медицини катастроф Полтавської обласної ради»
Департамент охорони здоров'я Полтавської облдержадміністрації**

МАТЕРІАЛИ

**всеукраїнської науково-практичної
конференції з міжнародною участю
«Екстрена та невідкладна допомога
в Україні: організаційні, правові,
клінічні аспекти»
25 лютого 2022 року**



**ПОЛТАВА
2022**

УДК 614.88+616-083.98+616-039.74+616-036.11./-036.882-08](063)

**Редакційна колегія: Ждан В. М., Лисак В. П., Голованова І. А.,
Ляхова Н.О., Краснова О. І., Лавренко Д. О.,**

«Екстрена та невідкладна допомога в Україні: організаційні, правові, клінічні аспекти»: Всеукраїнська науково-практична конференція з міжнародною участю. (2022; Полтава).

Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Екстрена та невідкладна допомога в Україні: організаційні, правові, клінічні аспекти», 25 лютого 2022 року. [Текст] / ПДМУ; [ред.кол.: В. М. Ждан, В. П., Лисак, І. А., Голованова та ін.]. – Полтава, 2022. – 97 с.

Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Екстрена та невідкладна допомога в Україні: організаційні, правові, клінічні аспекти» містять в собі наукові праці з питань організаційних, правових, клінічних аспектів екстреної та невідкладної допомоги в Україні фахівців різних спеціальностей, питанням покращення організації галузі охорони здоров'я та оптимізації роботи лікувальних закладів у період реформування.

УДК 614.88+616-083.98+616-039.74+616-036.11./-036.882-08](063)

©Полтавський державний медичний університет, 2022

ВІТАЛЬНЕ СЛОВО

**доктора медичних наук, професора, заслуженого лікаря України
ректора Полтавського державного медичного університету,
ВЯЧЕСЛАВА ЖДАНА**



Шановні гості, шановні учасники конференції, друзі!

Маю честь привітати Вас на Всеукраїнській науково-практичній конференції з міжнародною участю «Екстрена та невідкладна допомога в Україні: організаційні, правові, клінічні аспекти» від імені чисельного колективу Полтавського державного медичного університету.

Безперервний професійний розвиток лікарів – це безперервний процес навчання та вдосконалення професійних компетентностей фахівців після здобуття ними вищої освіти у сфері охорони здоров'я та післядипломної освіти в інтернатурі, що дає змогу фахівцю підтримувати або покращувати стандарти професійної діяльності відповідно до потреб сфери охорони здоров'я та триває протягом усього періоду професійної діяльності

Основними задачами наукових конференцій є обмін досвідом та сучасними науковими здобутками серед науковців та практиків, можливість отримати нові знання або вдосконалити існуючі. Нинішня конференція присвячені питанням перебудови і оптимізації системи екстреної медичної допомоги та медицини катастроф в Україні, яка є невід'ємною складовою і одним із пріоритетів реформи охорони здоров'я, що робить питання, які будуть розглянуті на конференції, особливо актуальними та важливими.

Ми раді бачити Вас в нашому Університеті, дозвольте побажати творчого натхнення, плідних дискусій та здобуття нових знань.

З повагою та найкращими побажаннями.

**Ректор Полтавського державного медичного університету,
д.мед.н., заслужений лікар України, професор Вячеслав Ждан**

Вітальне слово завідувача кафедри соціальної медицини, громадського здоров'я, організації та економіки охорони здоров'я з лікарсько-трудовою експертизою, доктор медичних наук, професора Ірини Голованової



Вельмишановні учасники конференції!

Дозвольте привітати Вас від імені кафедри соціальної медицини, громадського здоров'я, організації та економіки охорони здоров'я з лікарсько-трудовою експертизою та щиро подякувати учасникам за увагу до нашої науково-практичної конференції «Екстрена та невідкладна допомога в Україні: організаційні, правові, клінічні аспекти».

Організація такої конференції в одному з провідних медичних вишів України, за активної участі не лише науковців, а й фахівців практичної медицини, свідчить як про важливість тематики, так і про інтеграцію академічної науки, управлінського сектору та практичної охорони здоров'я.

Проведення науково-практичної конференції дає можливість обговорити актуальні питання організації та управління системи охорони здоров'я, розглянути шляхи оптимізації та ознайомитися з досвідом інших країн. Незаперечним є необхідність наукового супроводу у вирішенні питань організації охорони здоров'я.

Бажаю всім учасникам конференції розширення професійних і партнерських контактів, активного наукового спілкування та продуктивної творчої дискусії.

З повагою та найкращими побажаннями.

**Завідувач кафедри соціальної медицини, громадського здоров'я, організації та економіки охорони здоров'я з лікарсько-трудовою експертизою,
д.мед.н. професор Ірина Голованова**

**Вітальне слово директора видавництва ALUNA (Польща),
видавничого директору наукового журналу «Emergency Medical Service»,
док. н. гум. Анни Лучиньскої**



Dear Colleagues!

The importance of a continuous exchange of information, experiences, research and observations in the field of public health is nowadays crucial for solving the problems resulting from population ageing resulting in higher systemic costs, health hazards due to environmental changes and the increasing demand for new diagnostic and therapeutic tools.

Against this background, scientists face important research challenges in providing medical care to the population, so I want to thank the organizers of the conference for the opportunity to cover such scientific works in the journal *Wiadomości Lekarskie*.

**With the hope for further fruitful cooperation,
Director of the publishing house ALUNA (Poland)
Publishing Director of the Scientific
Journal *Wiadomości Lekarskie* Anna Łuczyńska**

СТАТТІ УЧАСНИКІВ КОНФЕРЕНЦІЇ

НЕВІДКЛАДНІ СТАНИ ПРИ СУДИННИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ ГОЛОВНОГО МОЗКУ

Гринь К.В., Дельва М.Ю., Гринь В.Г.

Полтавський державний медичний університет

Судинна патологія головного мозку, а саме інсульт, є однією з головних причин захворюваності та смертності у світі. За ступенем поширеності інсульт – найбільш вагома причина тривалої непрацездатності, частково інвалідизації, зниження якості життя пацієнтів та їх рідних, розвитку деменції [1].

Невідкладними станами, які часто супроводжують судинні катастрофи головного мозку, є гострі стани потьмарення, або якісно продуктивного порушення свідомості, серед яких найчастіше зустрічаються делірій та сутінкові стани потьмарення свідомості [2]. В нашому розумінні проблема гострих якісних змін свідомості традиційно знаходиться в компетенції психіатра. Разом з тим, в зарубіжній клінічній практиці деліріозний стан та сплутаність свідомості розцінюється як неврологічна або навіть соматична проблема.

Метою даної роботи є висвітлення етіо-патогенетичних та клініко-терапевтичних аспектів деліріозних станів.

Гострі психічні порушення є мультидисциплінарною пролемою та досить часто зустрічаються в неврологічній, нейрохірургічній практиці, клініці внутрішніх та інфекційних хвороб.

Серед них особливе місце займають деліріозні стани, які, як правило розвиваються при судинних катастрофах головного мозку, в рамках декомпенсації соматичної патології та є важливим маркером погіршення прогнозу захворювання. Кожен випадок делірію у пацієнта обумовлює необхідність ретельного обстеження для з'ясування причин його розвитку і призначення адекватної терапії. Пацієнти з явищами делірію можуть становити небезпеку для себе і оточуючих, потребують постійного медичного супроводу, ретельного спостереження.

Досить часто хірурги вимушені звертатися за допомогою до невропатологів та психіатрів у зв'язку зі зміною стану свідомості пацієнта після оперативного втручання. Проблема периопераційних інсультів вивчається науковцями й клініцистами. Провокуючим фактором деліріозних станів в даному випадку є проведення анестезії під час оперативного втручання, його об'єм, крововтрата, яка несе за собою гемодинамічні порушення.

Раннє виявлення і лікування деліріозних станів повинно бути одним з пріоритетних завдань в роботі з тяжкохворими пацієнтами, зокрема неврологічного та терапевтичного профілю.

Делірій визначається як гострий стан потьмарення свідомості, який супроводжується вираженими когнітивними та поведінковими порушеннями. За даними вітчизняних та закордонних авторів, частота розвитку делірію складає 10-31% на момент госпіталізації пацієнтів до лікувального закладу, у 3-30% він

розвивається протягом перебування в стаціонарі. У пацієнтів похилого віку частота розвитку деліріозного стану значно вища і може досягати 50% [3].

Виділяють фактори, які підвищують ризик виникнення деліріозних станів. Дані фактори співзвучні з факторами ризику цереброваскулярної патології: вік старше 65 років, чоловіча стать, низький рівень рухової активності, нераціональне харчування, порушення водно-електролітного балансу, поліпрагмазія, безсистемне неконтрольоване використання ноотропних препаратів, тяжка хронічна соматична патологія (артеріальна гіпертензія, цукровий діабет, хронічні захворювання печінки та нирок), наявність в анамнезі судинних захворювань головного мозку, попередніх інсультів, черепно-мозкових травм, нейроінфекцій, стан хронічного емоційного стресу, стійкий больовий синдром, вживання алкоголю, тривале порушення сну.

В патогенетичному аспекті, в основі розвитку делірію лежить поєднаний ефект гострого чи хронічного ураження головного мозку й патологічної стрес-реакції (надлишковий викид кортизолу, асептичне запалення). Важлива роль в патогенезі делірію належить нейрохімічним змінам. Дефіцит холінергічної й надлишкова активація допамінергічної нейротрансмітерних систем призводять до розвитку порушень у когнітивній та поведінковій сферах. Розлади сну і загострення стану саме у нічний час, які спостерігаються при деліріозних станах, вчені пов'язують з порушеннями в мелатонінергічній нейротрансмітерній системі [4]. Клініко-лабораторні дослідження підтверджують важливу роль нейроендокринних і нейроімунних порушень в розвитку делірію. Рівень С-реактивного білка, інтерлейкінів, кортизолу в різних біосферах організму корелює з тяжкістю і тривалістю перебігу деліріозного стану. Наявність алеля АРОЕ4 є генетичним фактором ризику делірію. В спинномозковій рідині пацієнтів з делірієм визначається підвищення рівня білка S-100B і нейроспецифічних енолаз – маркерів деструкції нейронів [5].

Результати нейровізуалізаційних досліджень демонструють важливу роль хронічних змін головного мозку – судинного ураження білої речовини (лейроареозу) і атрофічних змін в розвитку деліріозних порушень. Вірогідно, саме ці зміни свідчать про ослаблення міжнейронних зв'язків, що є фактором ризику декомпенсації.

Клінічна картина. Запідозрити делірій слід у всіх випадках гострого або підгострого розвитку когнітивних порушень, при наявності помітних коливань вираженості розладів, наприклад, в залежності від часу доби (делірій частіше розвивається з настанням темного періоду доби і редукується в передранковий час). Зазвичай делірій супроводжується порушенням свідомості, яке варіює від вираженого збудження до сомнолентності, близької до ступору, дезорієнтацією в місці і часі, психомоторним збудженням і психопродуктивною симптоматикою у вигляді марення і галюцинацій.

В післяінсультному періоді формуються минуці «просоночні» стани зі сплутаністю свідомості, дезорієнтацією в місці і часі, іноді – ілюзорно-галюциаторними порушеннями. Такі стани можуть зберігатися протягом декількох днів або навіть тижнів (так звані «великі» флуктуації).

Під час деліріозного стану пацієнт не повністю усвідомлює навколишнє, стає дезорієнтованим у часі (майже завжди) і просторі, перестає вступати в контакт, стає мовчазним або навпаки багатослівним (мова не по суті). Порушуються усі елементи когнітивної сфери. Порушення уваги – одна з важливих ознак розвитку деліріозного стану, пацієнти при цьому легко відволікаються, не розуміють інструкції або виконують їх після багаторазових повторень, не відповідають на запитання, не здатні до сприйняття нової інформації, заперечують її в рамках негативізму.

Розлади мислення під час судинного делірію проявляються алогічними судженнями, порушується темп і зв'язність мислення. Відмічаються парамнезії (змішування подій сучасного і минулого, уявного і реального), серед яких частими є псевдоремінісценції (викривлені спогади про реальні факти), конфабуляторні розлади (нашарування вигаданих подій на реальні факти життя).

Критика до власного стану і поведінки знижується, можлива поява маячних ідей (частіше збитку, відношення), розладів сприйняття у вигляді ілюзорних і галюцинаторних порушень. Наприклад, пацієнт сприймає предмет або тінь як тварину (ілюзії), сміття на підлозі – як скупчення комах тощо.

Порушення циркадіанного ритму сон-неспанья при судинному делірії проявляється денною сонливістю і безсонням вночі.

Паралельно спостерігається наростаюче психомоторне збудження, можливо з вираженою тривогою, дисфоріями, агресивними діями, спробами втечі. Такі стани часто ускладнюються падіннями пацієнтів, травматизацією. По припиненню деліріозного стану пацієнт повністю або частково амнезує події, що відбувалися з ним протягом цього часу. Когнітивні, інші нервово-психічні і рухові розлади значно регресують, але, тим не менше, стан пацієнта стає гірше, ніж був до перенесеного делірію.

Діагностика. Делірій не є самостійною проблемою в неврологічній чи соматичній практиці, він є проявом основного захворювання і декомпенсації стану. В психіатричній практиці також делірій розцінюється як попередній діагноз, а після проведення обстеження і з'ясування причинно-наслідкових зв'язків стає ускладненням основного захворювання.

При постановці діагнозу згідно МКХ-10, з урахуванням нової її модифікації МКХ-10-АМ (Австралійська модифікація, 2017 р.) деліріозний стан відноситься до рубрики «F05» Делірій, не спричинений алкоголем та іншими психоактивними речовинами. Діагностичними критеріями є: за етіологією неспецифічний органічний церебральний синдром характеризується одночасним порушенням свідомості та уваги, усвідомлення, мислення, пам'яті, психомоторної поведінки, емоцій, режиму сну та активності. Тривалість може бути різною, а ступінь тяжкості варіює від середнього до дуже важкого. В дану діагностичну рубрику включено гострий або підгострий: - мозковий синдром, - стан сплутаності свідомості (неалкогольний), - інфекційний психоз, - органічна реакція, - психоорганічний синдром. З діагностичної рубрики виключено: біла гарячка, спричинена алкоголем або неуточнена «F10.4».

Делірії, які виникають як ускладнення судинних мозкових катастроф включені до рубрики «F05.0» Делірій, не спричинений деменцією.

Делірій, спричинений деменцією кодується «F05.1», але, як було сказано вище, даний стан не є самостійною патологією. Тому деліріозний стан, що відповідає описаним вище критеріям, але розвивається на фоні деменції кодується у межах рубрик «F00-F03».

Також, при первинних діагностичних сумнівах є можливість наступних варіацій кодування: «F05.8» Інший делірій. Делірій змішаного походження та «F05.9» Делірій, неуточнений.

Існують чисельні діагностичні шкали та опитувальники, які використовуються для оцінки делірію: «Delirium Rating Scale – Revised-98», «Confusion Assessment Method», «Delirium Symptom Interview».

Найпростішими у використанні є методики дослідження порушень уваги (завдання на віднімання 7 від 100, запам'ятовування різних серій цифр, називання складних слів по буквам з одночасним стисканням пальців дослідника під час називання певної букви тощо). Але усі діагностичні та скринінгові методики не є специфічними, їх чутливість досить низька для постановки діагнозу. Порушення уваги можуть супроводжувати чисельні патологічні процеси, в тому числі психічні та органічні. Елементарно, у лікаря-клініциста немає часу на їх використання.

Найціннішим для постановки клінічного діагнозу є ретельний збір анамнестичних даних у рідних пацієнта, свідків зміни його стану, персоналу лікувального відділення, в якому він перебував, динамічне спостереження за станом пацієнта. Ретельне фізикальне та лабораторне обстеження проводиться з метою виявлення станів, які сприяють виникненню делірію та впливають на його перебіг.

Базуючись на отриманих даних клініцисти спираються на діагностичні критерії делірію за DSM-IV та МКХ-10.

Діагностичні критерії делірію за DSM-IV:

1. Розлади свідомості (знижена ясність усвідомлення обстановки) із зниженням спроможності зосередження, підтримання або переключення уваги;
2. Розлади когнітивної сфери (пам'яті, порушення мовлення, дезорієнтація) або розвиток розладів сприйняття, які не пояснюються наявністю деменції.
3. Розлади розвиваються упродовж короткого часу (декількох годин або днів), тенденція до хвилеподібного коливання симптоматики протягом доби.
4. Анамнестичні дані про наявність органічних етіологічних факторів.

Діагностичні критерії делірію за МКХ-10:

- A. Порушення свідомості та уваги.
- B. Глобальний розлад когнітивної функції.
- C. Психомоторні розлади.
- D. Розлади циклу сон/неспанья.
- E. Емоційні розлади.

Диференціальна діагностика деліріозних станів викликає труднощі, так як наявні когнітивні розлади не є специфічними, вони характерні головним чином

для деменції, але можуть бути при інтоксикаціях, інфекційних та нейропроцесах, психічній патології.

Деменція характеризується хронічними порушеннями когніції та поведінки, які розвиваються поступово, прогресують досить повільно. Розлади свідомості характерні для пізніх стадій деменції, коли діагностика не викликає сумнівів. Зниження пам'яті наявне при обох станах, але при делірії, головним чином, страждає фіксаційна пам'ять. Порушення мовлення при делірії та деменції відрізняються: хаотичність мови при делірії на противагу прогресуючій афазії при деменції. Сфера мислення страждає при обох станах, але при делірії мислення незв'язне і нелогічне, тоді як при деменції збіднене і сповільнене. Галюцинаторні розлади є частими при деліріозних станах, в той час як при деменції вони характерні тільки для окремих форм, наприклад для деменції з тільцями Леві, яку також супроводжує розвиток паркінсонізму. Треба зауважити, що делірій часто ускладнює перебіг деменції, тобто наявність деменції не виключає розвиток делірію, інсульту. Більш того, делірій може бути прогностичною ознакою розвитку судинної мозкової катастрофи [6].

Деліріозні стани є ургентною патологією, потребують екстреної госпіталізації пацієнта і невідкладної комплексної терапії. Обсяг лікувальних заходів визначається з урахуванням етіології та клінічної картини. Негайної медикаментозної корекції потребують не тільки тяжкі форми делірію, а й порушення психічних функцій будь-якого ступеню вираженості. Така необхідність виникає у зв'язку з потенційною небезпекою пацієнта для оточуючих і самого себе. Лікувальні та профілактичні заходи при деліріозному стані спрямовані, перш за все, на усунення його причинного фактора. Основне завдання – це фармакотерапія основного захворювання, а також купірування збудження, нормалізація сну. Важливою є інфузійно-детоксикаційна терапія, підтримання водно-електролітного балансу, нейропротекція, з огляду на те, що в основі патогенезу лежать метаболічні порушення в головному мозку; усунення психічних розладів будь-якої інтенсивності; стабілізація роботи серцево-судинної системи, зниження вираженості печінкової та ниркової недостатності.

Дискусійним залишається питання місцезнаходження пацієнтів з деліріозними розладами, які виникли в соматичному стаціонарі. Пацієнти з порушенням свідомості потребують перебування у відділенні реанімації та інтенсивної терапії (ВРІТ), так як тут можлива адекватна седація. Не обов'язковим є переведення до психіатричного стаціонару. Ефективними є вчасно проведені адекватні медикаментозні заходи, спрямовані на купірування делірію.

На етапі купірування делірію пацієнту необхідно забезпечити суворий лікувально-охоронний режим з динамічним спостереженням медичного персоналу, профілактикою травматизації. Для купірування психомоторного деліріозного збудження частіше використовують транквілізатори – анксиолітики, які володіють снодійною, седативною, анксиолітичною, міорелаксуючою та протисудомною дією, в той час як нейролептики (антипсихотичні препарати: рисперидон, кветиапін, галоперидол) необхідно застосовувати з обережністю через ризик виникнення колапсу. При призначенні психотропних препаратів

доцільно уникати надмірної садації в денний час, так як можна не звернути увагу на декомпенсацію соматичної патології та ранній розвиток специфічних ускладнень. Комбінація бензодіазепінів та нейролептиків зменшує ймовірність виникнення екстрапірамідних симптомів. Одночасно з психотропними препаратами призначають дезінтоксикаційну терапію, корегують порушення гемодинаміки.

Застосування антипсихотичних препаратів з профілактичною метою натепер вважається недоцільним. Для профілактики делірію рекомендовано своєчасно коригувати соматичний стан пацієнтів. Важливо також мінімізувати інтенсивність зовнішніх подразників, контролювати підтримання адекватного режиму сон-неспанья, орієнтування пацієнта. Раціональним є застосування препаратів мемантину, ривастигміну, мелатоніну [7].

Таким чином, лікування делірію в неврологічній, соматичній, хірургічній практиці – складне мультидисциплінарне медичне завдання, яке вимагає ґрунтовного підходу до діагностичних, диференціально-діагностичних позицій зі схожими станами. Деліріозний стан є предиктором розвитку та поглиблення когнітивного дефіциту. Тому роль лікаря полягає, перш за все, у ретельному діагностичному пошуку, контролі лікувальних заходів та своєчасній їх корекції, спостереженні за пацієнтом в динаміці з метою терапії можливих пізніх ускладнень.

Своєчасна комплексна адекватна медикаментозна терапія та симптоматична корекція із застосуванням психотропних препаратів повинна проводитися з ретельним контролем соматичного та неврологічного стану пацієнта.

Список літератури

1. Дельва МЮ. Постінсультний делірій: предиктори розвитку, характеристики, наслідки. Світ медицини та біології. 2017;2(60):44-48.
2. Infante MT, Pardini M, Balestrino M, et al. Delirium in the acute phase after stroke: comparison between methods of detection. *Neurol Sci.* 2017;386:1101-1104.
3. Кутлубаев МА, Ахмадеева ЛР. Делирий в остром периоде церебрального инсульта. *Журнал неврологии и психиатрии.* 2012;8:100-105.
4. Гринь ВГ. Лімбічна система. Ретикулярна формація. Ядра стріопалідарної системи. Вісник проблем біології та медицини. 2016;4(1,133):17–20.
5. Khan BA, Zawahiri M, Campbell NL, et al. Biomarkers for delirium – a review. *J Am Geriatr Soc.* 2011;59(2):256-261.
6. Скрипніков АМ, Гринь КВ, Погорілко ОВ. Деменція: Клінічний, патоморфологічний та психофармакологічний аспекти. Особливості догляду за пацієнтами з деменцією: навчально-методичний посібник. Полтава: «Астрія», 2021. 148с. ISBN 978-617-7915-25-5
7. Foster J, Burry LD, Thabane L, et al. Melatonin and melatonin agonists to prevent and treat delirium in critical illness: a systematic review protocol. *Systematic Reviews.* 2016;5:199. doi:10.1186/s13643-016-0378-2.

НЕВІДКЛАДНІ СТАНИ В ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ

Безпалько С. М.¹, Краснова О.І.²

¹КНП «Котелевський центр ПМСД»

²Полтавський державний медичний університет

Сімейний лікар повинен вміти надавати невідкладну допомогу при різних загрозливих життю станах: анафілаксії, зупинці серцевої діяльності та зовнішнього дихання, гіпертензивному кризі, бронхообструктивному, больовому синдромі тощо. Відомо, що діагностика та терапія невідкладних станів для лікаря завжди є складною і важливою проблемою. Сімейний лікар завжди має використовувати всі можливості для швидкого встановлення правильного діагнозу і призначення адекватного лікування, але особливого значення набуває вміння формувати тактику раціонального ведення пацієнта, коли він знаходиться на межі життя та смерті [3]. Сімейний лікар повинен знати характеристики більшості невідкладних станів, які зустрічаються у повсякденній практиці сімейного лікаря, характеристики лабораторно-інструментальних змін, які допоможуть зорієнтуватись та вчасно прийняти правильне рішення. Знання з невідкладних станів допомагають провести швидкий диференціальний діагноз та оптимізувати тактику надання допомоги.

Невідкладна медична допомога – це, по суті, консультація лікаря на дому. Згідно із законодавством, невідкладна медична допомога обслуговує виклики до пацієнтів - як дорослих, так і дітей, що не потребують екстреної допомоги. Передусім це стосується інвалідів, людей похилого віку, онкохворих, пацієнтів, що перебувають на диспансерному нагляді, нетранспортабельних хворих, яких залишили вдома після надання екстреної допомоги бригади «103», дітей з гіпертермічним синдромом (висока температура тіла) для запобігання ускладненням та патологічним станам, які несуть загрозу життю, а також родин, де є тяжкохворі, які часто потребують допомоги медиків, але з певних причин не можуть добратися до лікувального закладу.

Найнебезпечніший невідкладний стан, який може статися в роботі сімейного лікаря – анафілаксія. Даний стан потребує надання невідкладної допомоги, щоб зберегти життя пацієнта.

Клінічна картина анафілактичного шоку в деяких випадках може бути схожою з психопатологічними станами (обмороки, втрата свідомості тощо), анафілактоїдними реакціями, що обумовлені виділенням медіаторів алергії без попередньої імунологічної реакції, за рахунок надмірного вживання їжі, продуктів з високим вмістом гістаміну. Дуже рідко імітувати шок можуть різні коматозні стани, холодова алергія, аспірація, інфаркт, емболії, спонтанний пневмоторакс, ортостатичний колапс, гіпервентиляційний синдром.

Медикаментозний анафілактичний шок (МАШ) - найбільш важкий генералізований прояв, обумовлений перебігом імунологічної реакції 1 типу з виділенням великої кількості цитокінів, що супроводжується вираженими порушеннями діяльності різних органів і систем (серцево-судинної, нервової, дихальної тощо). Найбільш часто МАШ розвивається на введення рентген

контрастних діагностичних препаратів, пеніцилінів, похідних піразолону, вітамінів групи В. При парентеральному введенні препаратів ЛАШ розвивається негайно, при пероральному – через 30-60 хвилин.

Ступінь анафілактичного шоку залежить від швидкості розвитку судинного колапсу й порушення функції головного мозку. Легкий ступінь анафілактичного шоку (тривалість розвитку - від декількох хвилин до 2 год.) проявляється гіперемією шкірних покривів, сверблячкою, нежиттю, ринореєю, запамороченням, головним болем, гіпотензією, тахікардією, почуттям жару, що наростає, слабкістю, неприємними відчуттями в різних ділянках тіла [1].

Середній ступінь важкості анафілактичного шоку характеризується найбільш розгорнутою клінічною картиною: токсидермією, набряком Квінке, кон'юнктивітом, стоматитом, циркуляторними порушеннями - тахікардією, болем в серці, аритмією, зниженням АТ, різкою слабкістю, запамороченням, порушенням зору, занепокоєнням, почуттям страху смерті, тремтінням, блідістю, холодним липким потом, зниженням слуху, дзенькотом і шумом у голові, непритомним станом. На цьому тлі можливий розвиток обструктивного синдрому по типу приступу бронхіальної астми із проявами ціанозу, наявністю шлунково-кишкового синдрому (нудота й блювання, вздуття живота, біль внизу живота, рідкий стул із домішкою крові в калі, різкі болі в животі) і сечового міхура (позиви до сечовипускання, поліурія).

Важкий ступінь анафілактичного шоку - блискавичний колапс (блідість, ціаноз, нитковидний пульс, різке зниження АТ), коматозний стан (із втратою свідомості, мимовільними дефекацією й сечовипусканням), зіниці розширені, реакція їх на світло відсутня. При наступному падінні артеріального тиску пульс і АТ не визначаються, зупиняється серце, припиняється подих.

Можливі варіанти анафілактичного шоку з переважним ураженням: шкірних покривів з наростаючою шкірною сверблячкою, гіперемією, появою розповсюдженої кропив'янки, набряку Квінке; нервової системи (церебральний варіант) з розвитком сильного головного болю, появою нудоти, гіперестезії, парестезії, судом з мимовільним сечовипусканням і дефекацією, втратою свідомості із клінічними проявами по типу епілепсії; органів дихання (астматичний варіант) з домінуючою ядухою й розвитком асфіксії через зміну прохідності верхніх дихальних шляхів внаслідок набряку гортані й порушення прохідності середніх і дрібних бронхів; серця (кардіогенний) з розвитком картини гострого міокардиту або інфаркту міокарда й інших органів [2].

Лікування анафілактичного шоку засноване на: блокуванні надходження антигену в кровоток; нейтралізації біологічно активних речовин; відновленні гіпофізарно-наднирникової недостатності; виведенні хворого з колапсу; зняті бронхоспазму; ліквідації явищ асфіксії; зменшенні проникності судинної стінки; впливі на психомоторні порушення; запобіганні пізніх ускладнень з боку серцево-судинної системи, нирок, шлунково-кишкового тракту, ЦНС.

При анафілактичному шоці потрібна термінова допомога, тому що хвилини й навіть секунди зволікання й розгубленості лікаря можуть привести до смерті хворого. Насамперед, необхідно покласти хворого, повернути його голову убік і

висунути нижню щелепу для попередження западіння язика й асфіксії (якщо у хворого є зубні протези, потрібно їх вийняти), до ніг прикласти теплу грілку. Вище місця введення медикаменту необхідно, по можливості, накласти жгут. Місце введення алергену обколоти 0,1 % розчином адреналіну (1-0,5 мл) і прикласти до нього лід для запобігання усмоктування алергену, а у випадку прийому його усередину – зробити промивання шлунка. Ввести підшкірно 1 мл 0,1% розчину адреналіну, 2 мл кордіаміну, 2 мл 10% розчину кофеїну, 60 мг преднізолону або 125 мг гідрокортизону. Ін'єкції адреналіну й кордіаміну якщо буде необхідно, можна повторювати через кожні 10-15 хв до підйому АТ. Якщо повторні підшкірні ін'єкції адреналіну неефективні, потрібно внутрішньовенно ввести 0,5 мл адреналіну з 20 мл 40% розчину глюкози, тому що адреналін відновлює тонус судин і є потужним антагоністом викиду гістаміну.

При бронхоспазмі внутрішньовенно призначають 2,4% розчин еуфіліну з 10 мл 40% розчину глюкози, при набряку гортані, що не зникає, не зважаючи на проведену терапію, роблять термінову трахеотомію. При явищах серцевосудинної недостатності й набряку легенів необхідно ввести внутрішньовенно 0,5 мл 0,05% розчину строфантину з 10 мл 40% розчину глюкози й 10 мл 2,4% розчину еуфіліну; постійно через носовий катетер давати зволожений кисень, здійснювати інгаляції випаровувань етилового спирту.

При набряку легенів у крапельницю варто додати 1 мл 1% розчину фуросеміду, під контролем АТ вводити фракційно від 0,2 до 0,5 мл 5% розчину пентаміну внутрішньовенно. Для підтримки АТ застосовується 1% розчин мезатону від 0,5 до 1 мл підшкірно або 0,1% розчин норадреналіну від 1 до 2 мл в ін'єкціях з 5% розчином глюкози. Для ліквідації метаболічного ацидозу вводиться крапельно внутрішньовенно 4% розчин натрію бікарбонату (150-200 мл).

Надалі хворому продовжують внутрішньовенно крапельно вводити ізотонічний розчин хлористого натрію разом з антигістамінними (дімедрол, супрастин, діпразин, піпольфен) і глюкокортикоїдними засобами – гідрокортизоном (125-500 мг) або преднізолоном (60-120 мг), дексаметазоном (4-20 мг). При судомомах і сильному порушенні рекомендується внутрішньовенно дроперідол до 1 мл. При зупинці серця необхідно ввести довгою голкою 1 мл 0,1% розчину адреналіну внутрішньосерцево, робити закритий масаж серця й штучне дихання (рот у рот, рот у ніс або за допомогою апаратів ДП-1, ДП-2) і ін.

Хворі, які перенесли анафілактичний шок, підлягають госпіталізації в палату інтенсивної терапії. З метою профілактики пізніх ускладнень їм необхідно протягом 10-14 днів проводити курс лікування преднізолоном у дозі від 40 до 60 мг або в еквівалентних дозах іншими гормональними препаратами

Своєчасна діагностика та вміння професійно надати невідкладну допомогу на догоспітальному етапі сприяє уникненню важких ускладнень, розвитку незворотніх змін в організмі та покращує подальші результати лікування.

Список літератури :

1. Ждан В.М., Іваницький І.В., Бабаніна М.Ю., та ін..Навчальний посібник підготовлений для лікарів-інтернів та лікарів-курсантів з фахів «Загальна практика – сімейна медицина», «Терапія».

2. Протокол надання медичної допомоги при анафілактичному шоці. Додаток до наказу МОЗ №432 від 03-07-2006. Тема, опис документа: Протокол надання медично допомоги.
3. Ляхович Р. М. Анафілактичний шок: сучасний алгоритм екстрено-догоспітального та ранньо-госпітально медично допомоги /Р. М.Ляхович / *Здобутки клінічної і експериментальної медицини*. 2015. № 1. С.87-91.

ФАКТОРИ РИЗИКУ СЕРЦЕВО-СУДИННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ

Білойваненко О. І.¹, Ляхова Н. О.², Краснова О. І.²

¹Золотоніське управління Головного управління Держпродспоживслужби в Черкаській області, Золотоноша

²Полтавський державний медичний університет, Полтава

Здоров'я є найбільшою цінністю кожної окремої особи та має величезну суспільну вартість і слугує індикатором сукупного здоров'я, добробуту й морально-етичних пріоритетів суспільства. Індивідуальне здоров'я є підґрунтям формування суспільного здоров'я, а також повинно стати тією базою, на якій можливе формування, розвиток і зростання усіх соціально-економічних надбань суспільства.

Останніми роками як в засобах масової інформації, так і в наукових виданнях спостерігається зростання інформації про погіршення стану здоров'я дітей шкільного віку. Показник очікуваної тривалості життя при народженні в Україні нестримно зменшується, а загальний коефіцієнт смертності зростає, що дає підстави стверджувати, що в нашій державі сформувалась і триває демографічна криза.

Так, за даними науковців за останні 10 років захворюваність серед дітей шкільного віку зросла на 26,8%, високий рівень фізичного здоров'я виявлено лише у 0,32% юнаків та дівчат. Загальна захворюваність учнів закладів загальної середньої освіти України становить 64 – 71%, різноманітні відхилення у стані фізичного і психічного здоров'я мають до 90% здобувачів освіти [1, 3, 8].

Здоровий спосіб життя ще не став пріоритетним ні у школярів, ні в їхніх батьків. Здебільшого батьки мало обізнані щодо реального стану здоров'я своїх дітей. Навіть знаючи про наявність у здоров'ї певних відхилень, вони не інформують про це шкільного лікаря, не слідкують за дотриманням дітьми режиму дня. Водночас впровадження нових навчальних програм та загальне поширення комп'ютеризації призвели до того, що учні значно перевищують час, призначений на приготування домашніх завдань, комп'ютерних ігор чи перебування соціальних мережах, а час, призначений для рухової активності, прогулянок на свіжому повітрі, відпочинку, нічного сну постійно скорочується. Зі зменшенням кількості дитячих спортивних закладів уроки фізичної культури у школі для більшості дітей стали чи не єдиною формою фізичної активності.

Аналізуючи причини та ситуації виникнення трагічних випадків на уроках фізкультури, можна виокремити, що найчастіше такі випадки трапляються в дітей підліткового віку [6]. Водночас підлітковий період – це час інтенсивної

перебудови діяльності усіх функціональних систем організму. Так, активізація гіпофіза та щитоподібної залози посилює процеси обміну в організмі, активізує процеси збудження в нервовій системі, яка стає чутливішою до подразнень, особливо тих, що відбуваються в самому організмі. Суттєво (у 1,5 рази) зростає маса тіла, маса міокарда та його об'єм збільшуються у 2 рази, натомість діаметр судин залишається малим. Це призводить до того, що серце у випадку підвищеного фізичного чи психічного навантаження не спроможне постачати необхідну кількість крові до різних ділянок організму, а нервовий апарат, що регулює серцеву діяльність підлітків, не завжди може адекватно реагувати на ситуацію, що виникла [5, 7, 8].

Навіть у цілком здорового підлітка зовнішні провокуючі чинники можуть спровокувати порушення серцевого ритму. У тяжких випадках може розвинутися серцева недостатність або й раптова зупинка серця. З другого боку, різноманітні серцеві вади, які не були своєчасно діагностовані, можуть перебігати безсимптомно, без скарг. Раптова смерть на уроці фізкультури може бути пов'язана з гіпертрофічною кардіоміопатією – вродженою, генетично детермінованою патологією, характерною рисою якої є наявність потовщення внутрішньошлуночкової перетинки або стінки одного зі шлуночків (частіше лівого).

Дитячий організм найуразливіший до дії пошкоджуючих факторів. Це обумовлює формування клінічно виражених розладів у дітей, виникають різні проблеми, захворювання та патології. Тобто виникають різні зміни, що характеризуються зниженням функціональних можливостей організму [1, 4, 5]. Маємо негативну динаміку показників здоров'я у реальному житті. Фізичне здоров'я дітей, людей різних вікових і соціальних груп є предметом вивчення багатьох вчених. Цікавість до цього питання обумовлена зниженням показників здоров'я населення. Особливо хвилюючим є стан здоров'я дітей різного віку. Однією з причин цього є те, що упродовж останніх років спостерігається негативна тенденція щодо зростання серцево-судинної патології у школярів. Це пов'язано з інформаційними перевантаженнями, стресогенними ситуаціями, модернізацією, поширенням шкідливих звичок, гіподинамією, сучасною тенденцією «швидкої їжі». Сьогодні перед викладачами фізичного виховання, тренерами з різних видів спорту стоїть проблема контролю за станом серцевосудинної системи організму учнів. На викладачів фізичного виховання покладається велика відповідальність. У віковій групі 12-14 показники захворювання на серцево-судинні захворювання зростають в декілька разів.

Наукова проблема дослідження здоров'я підростаючого покоління України пов'язана перш за все, із вивченням тенденцій щодо зниження певного рівня здоров'я дітей і підлітків нашої країни, виявленням різних соціальних та мікросоціальних змін, погіршенням стану генофонду нації. Все це обумовлює необхідність пошуку та розроблення нових сучасних підходів до проведення динамічних спостережень за станом здоров'я дитячого та підліткового населення, адекватних вимогам сьогодення.

В Україні основними факторами ризику для здоров'я населення є дисбаланс раціону, дефіцит певних поживних речовин, особливо білків і вітамінів; забруднення їжі важкими металами та пестицидів, нітратами та нітратами. Результати аналітичного огляду літератури свідчать про те, що більше 50% населення України не правильно харчуються [10, 11]. Серед проблем, пов'язаних з неправильним харчуванням в Україні, можна виділити: дефіцит більшості вітамінів (особливо вітаміну С та групи В на рівні 50 %); дефіцит заліза (до 40% дітей молодшого віку та молодих жінок, більше 30% вагітних жінок).

Відповідно до узагальнених результатів досліджень численних авторів, встановлено інтенсивне зростання захворюваності населення України протягом останніх 20 років на шлунково-кишковий тракт, внаслідок споживання неякісних продуктів харчування з перевищенням в раціоні значної частки простих вуглеводів. На жаль, станом на сьогодні, в раціоні українців переважають і значно перевищують раціональну норму: олія (176,6 %), картопля (148,1 %), хліб і хлібопродукти (123,3 %), цукор (130,4 %) Представлений низько збалансований набір продуктів стосується близько 50—60 % населення України, тому важливим кроком у вирішенні поставленої проблеми є розробка функціонального хліба, хлібобулочних та кондитерських виробів у першу чергу.

Для оцінки функціонального стану використовувалися антропометричні вимірювання (зріст, вага тіла), вимірювання показників гемодинаміки (пульсу та артеріального тиску) за стандартними методиками. Для визначення резервних функціональних можливостей серцево-судинної системи, її функціонального стану використали Індекс Робінсона, який характеризує систолічну роботу серця та характер регуляції діяльності серцевосудинної системи [2]. Деякі дослідження, які проводили серед школярів цього ж віку свідчать, що тільки у 19,8 % дітей резерв серцево-судинної системи був достатнім (тобто високим і вище середнього).

Незадовільний стан здоров'я учнівської молоді мусить спонукати батьків уважно ставитися до здоров'я своїх дітей: самим дотримуватися здорового способу життя й виховувати в дітей його навички, підтримувати тісні контакти з сімейним лікарем із питань стану здоров'я дітей, інформувати шкільних лікарів про його зміни.

Останні десятиліття виявляють тенденції до поширення нездорового способу життя, який у загальній структурі чинників впливу на стан здоров'я сягає 50%. У першу чергу це стосується порушення гігієнічних вимог до організації режиму дня учня, а саме: значне перевищення нормативного часу, призначеного для приготування домашніх завдань, зменшення часу або і взагалі його відсутність для рухової активності та перебування на свіжому повітрі, зменшення тривалості нічного сну [2].

Уроки фізичної культури в закладах загальної середньої освіти призначені виконувати оздоровчу функцію – зменшувати явища гіподинамії й гіпокінезії, поліпшувати адаптаційні можливості організму, сприяти його фізичному розвитку. Проте нормативи та навантаження на уроках фізкультури розраховані на здорову фізично активну дитину, а більшість дітей, на жаль, мають ті чи інші

проблеми зі здоров'ям, а уроки фізкультури є єдиним фізичним навантаженням. Саме тому рівень та інтенсивність фізичних навантажень повинні бути індивідуальними для кожної дитини і відповідати не тільки її загальній фізичній підготовленості, але й враховувати їх стан здоров'я, фізичного розвитку та фізичних можливостей [2] (захворювання, проведені профілактичні щеплення, самопочуття в день уроку тощо), що є важливою складовою медико-педагогічного контролю.

Таким чином, проблема раптової кардіальної смерті та підходи до її вирішення суттєво залежать від розвитку профілактичного напрямку у спортивній і клінічній медицині. Гостро стоїть питання щодо організації профілактичних скринінгових обстежень, які передбачають застосування навантажувальних тестів з використанням ЕКГ та ехокардіографічною візуалізацією серця. Особливого значення набуває необхідність забезпечення закладів освіти, охорони здоров'я, місць проведення тренувань та змагань необхідним обладнанням (насамперед дефібриляторами) для надання невідкладної допомоги, а також навчання навичкам серцево-легеневої реанімації не тільки медичного, а й іншого персоналу зазначених закладів. З метою попередження основних захворювань, якими хворіють українці за останні 30 років, необхідно популяризувати функціональне харчування серед молоді, довести медикобіологічне значення цих корисних продуктів, які джерелом енергії, вітамінів, мінералів, біологічно-активних речовин, цінних мікроорганізмів, харчових волокон, тощо.

Список літератури.

1. [Анализ стану захворюваності та поширеності захворюван у дітей в Україні за період 2011–2015 гг.](#) /Р.О. Моисеєнко, О.О. Дудина, Н.Х. Гойда // Современная педиатрия. 2017. Том 2, № 82, С. 17-27.
2. Гігієнічне обґрунтування гранично допустимого навчального навантаження учнів у загальноосвітніх навчальних закладах / Гозак С.В., Парац А.М., Єлізарова О.Т., Шумак О.В., Філоненко О.О. // Актуальні питання захисту довкілля та здоров'я населення України. 2017. - Випуск 3. – с.203-249.
3. Демографічна ситуація та рівень здоров'я населення України [Електронний ресурс]. URL: <http://www.enrolab.ua/encyclopedia/565/43837/>
4. Коц В.П. Характеристика функціональних показників серцево-судинної системи організму дітей шкільного віку / В.П. Коц, С.М. Коц // Біологія та валеологія. –2016. – Вип. 18. – С. 125-133.
5. Коц В. П., Коц С. М. Характеристика функціональних показників серцево-судинної системи організму дітей шкільного віку. ХНПУ// “Біологія та валеологія”, 18, 2016. – Випуск 18. – с. 125-134
6. Купчишин О. Ю. Смерть учнів на уроках фізичного виховання: постановка проблеми / О. Ю. Купчишин, О. І. Рябуха // Здоровий спосіб життя : зб. наук. ст. – Л., 2011. – Вип. 59. – С. 21 – 25.
7. Серцево-судинні захворювання. Класифікація, стандарти діагностики та лікування / За ред. В.М. Коваленка, М.І. Лутая, Ю.М. Сіренка, О.С. Сичова. – К.: Моріон, 2016. – 192 с.

8. Рябуха Ольга, Будзин Віра. Смерть учнів на уроках фізичної культури: аналіз причин. Молода спортивна наука України. 2012. Т.2. С. 171-174.
9. Хорош, М. В., І. А. Голованова. Сучасні погляди на проблеми профілактики серцево-судинних захворювань (за матеріалами Всесвітньої федерації серця). Східноєвропейський журнал громадського здоров'я. 2016; 1: 26.
10. Comparative study of the content and profiles of macronutrients in spelt and wheat, a review / Escarnot E., Jacquemin J-M, Agneessens R., Paquot M. // Biotechnology, Agronomy, Society and Environment. 2012. Vol. 16(2). P. 243–256;
11. Grihan GP, Smiianov VA, Lyakhova NA at al. The Impact of Nutritional Quality on the Students' Health. Acta Balneol. 2021; Vol.LXIII, 1(163): 43-54.

НЕВІДКЛАДНА ДОПОМОГА В СТОМАТОЛОГІЇ

Глуценко В.В.

КП «Полтавська центральна клінічна районна лікарня ПМР»

У зв'язку з широким розповсюдженням амбулаторної практики прийому стоматологічних хворих, стало актуальним питання можливого виникнення небажаних реакцій з боку хворого на лікарські маніпуляції будь-якого роду. При цьому має місце, як реакції у відповідь на введення препаратів, що забезпечують безболісного проведення стоматологічних заходів, так і загальні реакції організму, пов'язані з психоемоційним настроєм хворого на майбутнє проведене лікування [2,3].

Однак можливі не передбачені ситуації, що призводять до виникнення невідкладного стану. У таких випадках будь-який лікар-стоматолог повинен вміти надати першу невідкладну допомогу до прибуття бригади швидкої допомоги і забезпечити стабільне функціонування життєзабезпечуючих органів і систем хворого [5].

Стани, що виникають під час надання ортопедичної допомоги та вимагають невідкладної діагностики та невідкладної допомоги можуть бути розділені на дві групи:

- Невідкладні стани, викликані безпосередніми лікувальними діями, зокрема, препарування твердих тканин зубів, сепарацією зубів і пов'язані з цим пошкодженням м'яких тканин порожнини рота. Різноманітні алергічні реакції, як на місцеві анестетики, які використовуються для знеболення при ортопедичних процедурах, так і на різні відбиткові, пломбувальні, фіксувальні матеріали. Попадання шматочків відбиткових матеріалів в дихальні шляхи.

- Невідкладні стани, викликані порушеннями соматичного характеру у вигляді патологічних змін в різних системах і органах пацієнта. Все збільшується кількість пацієнтів похилого віку, у яких зростає кількість хронічних процесів серцево-судинної, дихальної, ендокринної систем та у яких визначають можливість виникнення ускладнень соматичної природи різного генезу.

В цих випадках завданням ортопеда-стоматолога є діагностика стану, що виник та прийняття необхідних превентивних мір по попередженню його подальшого прогресування та купірування патологічних проявів до надання спеціалізованої допомоги [1,5].

Невідкладна допомога при непритомності: надати пацієнту горизонтальне положення, забезпечити приплив свіжого повітря, зняти краватку, послабити тугий комірць, пояс; рефлекторно стимулювати дихальний і судиноруховий центри вдиханням парів нашатирного спирту; при зтяжньому перебігу непритомності в/в або в/м (НЕ п / к!), ввести 1 мл. 10% розчину кофеїн-бензонат натрію. При відсутності ефекту в/м вводять 1 мл. 5% розчину ефедрину або 1 мл. 1% розчину мезатону, а в разі брадикардії- 0,5 мл. 0,1% розчину атропіну сульфату п/к. При виході з непритомного стану продовжити стоматологічні маніпуляції із вжиттям заходів профілактики рецидиву: лікування проводити в горизонтальному положенні з адекватною премедикацією транквілізаторами, М-холіноблокатори і з достатньою анестезією.

Невідкладна допомога при анафілактичному шоці: припинити введення ліків, що викликають анафілактичний шок та викликати «на себе» бригаду НД! Необхідно укласти пацієнта, підвести нижні кінцівки. Видалити знімні зубні протези. Якщо хворий без свідомості, повернути голову на бік, висунути нижню щелепу, фіксувати мову для попередження асфіксії. Інгаляція зволоженого кисню. Венепункція, краще 2-х периферичних вен. Внутрішньовенно ввести 0,5 мл. 0,1% розчину адреналіну в 5 мл. ізотонічного розчину хлориду натрію або глюкози. При утруднені венепункції адреналін вводять внутрішньом'язово або в корінь язика, можливо інтратрахеально (прокол трахеї нижче щитовидного хряща через конічну зв'язку). Швидка внутрішньовенна інфузія 1,0-1,5 л. Ізотонічних розчинів глюкози або хлориду натрію. Контроль ефективності за рівнем артеріального тиску через 2-3 хв. Якщо АТ не підвищується - повторне введення розчину адреналіну до рівня систолічного артеріального тиску $80 \geq$ мм.рт.ст. Преднізолон 3-5 мг / кг маси тіла хворого або дексаметазон 20-24 мг. всього в розчині в/в. Розчин димедролу 2% (дорослим - 1,0 мг / кг, дітям - 0,5 мг / кг маси тіла) або розчин супрастину 2% 2-4 мл. або розчин дипразина 2,5% 1-2 мл. в/в. При обструкції дихальних шляхів: оксигенотерапія; 2,4% розчин еуфіліну - 10 мл. в/в повільно в 10 мл. ізотонічного розчину NaCl. В подальшому 300- 400 мг еуфіліну (10-15 мл. 2,4% розчину) в 250-500 мл. ізотонічного розчину NaCl в/в крапельно. При поліпшенні стану хворого продовжувати терапію. При стабільності гемодинаміки госпіталізація хворого, ідентифікація алергену. Якщо стан хворого не покращився: при необхідності - ендотрахеальна інтубація. Якщо гемодинаміка нестабільна - оксигенотерапія, в/в інфузія рідини з 0,1- 0,5 мл. 0,1% розчину адреналіну кожні 5-10 хв. Невідкладна допомога при набряку Квінке: припинити дію алергену; локально обколоти 0,5 мл. 0,1% розчином адреналіну гідро хлориду; промити шлунка через зонд, призначити сорбенти. Усувають контакт з алергеном через повітря; ввести антигістамінні препарати (1% розчину димедролу 1-2 мл., 1-2 мл. 2,5% розчину піпільфену або 1 мл. 2% розчину супрастину в/м або в/в), кортикостероїдіє препарати (преднізолону 60-90 мг., гідрокортизону 250- 450 мг в/в або в/м). При наявності ознак колапсу призначають 0,5-1,0 мл. 1% расвор мезатона п/к, преднізолону 60 мг. в/в. У разі вираженого набряку гортані з загрозою асфіксії, проводять коникотомию з накладенням трахеостоми.

Невідкладна допомога при колапсі: надати хворому горизонтальне положення. Венепункція, кисень; ввести преднізолон 1-2 мг / кг маси тіла хворого в/в, фізіологічний розчин, 5% розчин глюкози не менше 500 мл, поліглюкін, желатиноль 100 мл. При позитивному ефекті – госпіталізація. Якщо немає ефекту від лікування - метазона 1% - 1 мл, або норадреналін 0,2% - 1 мл, розведені в 400 мл 5% розчину глюкози або фізіологічного розчину в/в зі швидкістю 25-40 крапель в хвилину. Оксигенотерапія. Далі - госпіталізація.

Невідкладна допомога при гіпертонічному кризі : ввести ніфедипін по 10-20 мг в таб. під язик кожні 20-30 хвилин (всього - до 50 мг) під контроль АТ. При зниженні артеріального тиску: ніфедипін всередину або під язик по 10-20 мг в таб. кожні 3 години (сумарна добова доза до 100-120 мг). Спостереження терапевта. Лікування у стоматолога - по стабілізації артеріального тиску. Якщо артеріальний тиск не знижується або зростає: нітрогліцерин по 0,5 мг в капсулах або таб. кожні 10 хвилин під язик (всього до 5 мг). При різкій головній болі - припинити! Контроль артеріального тиску. При відсутності ефекту або неможливості прийому препаратів per os (розлади свідомості), або необхідності екстреного зниження артеріального тиску: дибазол в 0,5 - 1% розчині - по 5 мл в/в повільно кожні 30-40 хвилин (сумарна доза - до 200 мг), фуросемід в розчині 20 мг в/м одноразово. При неефективності - клофелін в таблетках під язик в сумарній дозі до 300 мкг, пентамін в 5% розчині по 0,5 мл в 20 мл изотонических розчинів глюкози або NaCl в/в дуже повільно при моніторингу АТ.

Невідкладна допомога при нападі стенокардії: припинити стоматологічне втручання, спокій, доступ свіжого повітря, вільне дихання. Нітрогліцерин в таблетках або капсулах (капсулу розкусити!) По 0,5 мг підязик кожні 5-10 хвилин (всього - до 3 мг під контролем АТ). Якщо напад купований: амбулаторне спостереження кардіолога. Відновлення стоматологічного втручання - по стабілізації стану. Якщо напад не купірується: баралгін 5-10 мл або анальгін 50% - 2 мл в/вабо в/м.

Невідкладна допомога гострого інфаркта міокарда. До прибуття бригади швидкої допомоги хворому необхідний спокій, припинення втручання, доступ свіжого повітря. При систолічному АД \geq 100 мм.рт.ст. під язик по 0,5 мг нітрогліцерину в таб кожні 10 хвилин (сумарна доза до 3 мг). Обов'язкове купірування больового синдрому! В / м - 1-2 мл 2% розчину промедолу або 1 мл 1% розчину морфіну або 2 мл 0,005% розчину фентанілу або 100-200 мг трамадолу (Трамал) у розчині в комбінації з діазепамом(сибазоном) по 20 мг в / м в розчині, при наявності анестезіологічної допомоги - інгаляція азоту закису. За відсутності наркотичних анальгетиків (наприклад, на приватному стоматологічному прийомі) - баралгін 5-10 мл в/в повільно або анальгін 50% розчин 2 мл в/м разом з димедролом 1% розчині - 2 мл в/м або в/в струменево одноразово. Госпіталізація.

Невідкладна допомога хворим на бронхіальну астму: інгаляція β -адреноміметиків: орціпренаміна (алупента, астмопент) сальбутамолу (Вентолін,), фенотеролу (беротек) і ін. На 1 інгаляцію - не більше 2 доз препарату, всього не більше 3 інгаляцій з інтервалом в 10 хвилин. Подальші інгаляції припинити щоб

уникнути розвитку асмаптичного статусу! Забезпечити доступ свіжого повітря. Можливо провести рефлексотерапію з інтенсивним точковим масажем югулярної ямки, середини грудини і області мечеподібного відростка. При неефективності лікування і прогресуванні дихальної деностаточності викликати бригаду швидкої допомоги, в очікуванні якої ввести в/в повільно еуфілін в 2,4% розчині 10 мл; розчин преднізолону (90 мг) або дексаметазону(8мг) в/в.

Невідкладна допомога при судомних станах. При виникненні нападу генералізованих судом невідкладна допомога зводиться лише до недопущення механічних травм і ушибів. Профілактика прикусивання язика - введенням роторозширювача, рушника або інших предметів у порожнину рота. Якщо одиночний приступ, як правило, він триває кілька хвилин, завершується нетривалим глибоким сном і не вимагає від лікаря-стоматолога додаткових невідкладних заходів. Якщо напади слідуєть один за іншим, супроводжуються тривалою стійкою втратою свідомості, стан слід розцінити як епілептичний статус, викликати бригаду швидкої допомоги, до її прибуття в/м ввести 4 мл 0,5% розчину (20 мл) діазепаму (сібазона), а при необхідності провести весь комплекс серцево-легеневої реанімації.

Невідкладна допомога при діабетичній гіперглікемічній комі: необхідно В/в інфузія ізотонічних розчинів глюкози (5%) або NaCl (0,9%) в обсязі 1л/год. В/в струминне або глибоке в / м введення препарату інсуліну швидкої короткого дії (простого інсуліну) в разовій дозі 10 ОД. Подальше інфузійне введення простого інсуліну зі швидкістю 10 ОД / год.

Невідкладна допомога при гіпоглікемічній комі: хворому з передвісниками гіпоглікемії (голод, пітливість, озноб, чіткий зв'язок розвитку стану з провокуючими моментами) або в стані прекоми (сплутаність свідомості, але збережена можливість прийому їжі per os) доцільно дати вуглеводної їжі: стакан солодкого чаю, булку, цукерку, ложку меду і т.п. При розвитку коми (втрата свідомості) в/в струменево вводять 25-50 мл 40% розчину глюкози.

Невідкладна допомога при кровотечі: місцево: введення в рану гемостатичну губки, фібрин плівки, гемофібірина, капрофера, оксіцелодекса, прошивання або діатермокоагуляція судини, що кровоточить, ушивання рани, щільна тампонада рани, що давить або перев'язка судин на протязі. Невідкладна лікарська терапія: дицинон в 12,5% розчині по 2 мл в/в або в/м; при надмірному фібринолізі - амбен (ПАМБА) в 1% розчині 10 мл в/в або в/м; кальцій хлористий в 10% розчині 10 мл в/в. Відстрочена лікарська терапія: аскорутин по 1 таблетці 3 рази на день; препарат вітаміну К-викасол 1% - 1 мл в/м (ефект проявляється через 12-18 годин і більше).

Невідкладна допомога під час випадкового ін'єкційного введення агресивних рідин: необхідно припинити ін'єкцію. Встановити характер застосованого розчину. В ділянці ін'єкції терміново ввести 0,5% розчин новокаїну або 0,9% розчину NaCl в обсязі, в 5 разів перевищує обсяг введеної агресивної рідини. Зробити розріз в проекції інфільтрату, промити рану розчином фурациліну або фізіологічним розчином. Загальні заходи: анальгін в 50% розчині 2 мл в/м, димедрол або супрастин в 1% розчині 2 мл в/м, антидот місцево і системно при

наявності, антибактеріальна терапія. Спостереження у хірурга-стоматолога або госпіталізація.

Список літератури:

1. Клінічний довідник лікаря-стоматолога загального профілю// Ю. Г. Кононенко, М.М. Рожко та інші. І. – Франківськ, 2010, 347 с.
2. Богашова Л.Я., Мельник В.Л., Чмель В.Н., Шевченко И.Б. Неотложная помощь в хирургической стоматологии. – Полтава, 2006. – 140 с.
3. Ивасенко П.И., Вагнер В.Д., Скальский С. В. И др. Неотложные состояния в амбулаторной стоматологической практике. – Н.Новгород : Изд-во НГМА, 2002. – 72 с.
4. Стош В.И., Рабинович С.А., Зорян Е.В. Руководство по анестезиологии и оказании неотложной помощи в стоматологии. – М. : МЕД пресс- информ, 2002. – С. 8-230.

ПРАВОВА ХАРАКТЕРИСТИКА ПЕРВИННОГО ОГЛЯДУ ЗА ДОПОМОГОЮ ТЕЛЕМЕДИЦИНИ ТА НАПРАВЛЕННЯ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ЗА КОРДОН

Гнедик Є.С.,

кандидат юридичних наук, молодший науковий співробітник лабораторії дослідження проблем національної безпеки у сфері громадського здоров'я НДІ вивчення проблем злочинності імені академіка В.В. Сташиса НАПрН України

У чинному законодавстві України не розроблено цілісного механізму організаційно-господарських повноважень у сфері екстреної медичної допомоги та наступної діагностики пацієнта, в зв'язку з низьким технологічним становищем цієї системи, крім, по-перше, сукупності окремих нормативно-правових механізмів застосування державою тих чи інших регуляторних засобів. Та, по-друге, крім діяльності з ліцензування медичної практики, фактично відсутні державні гарантії при здійсненні на території України діяльності цієї структури та окремих суб'єктів діагностики, не вивчена проблема співвідношення регуляторних функцій ліцензування та сертифікації товарів і послуг при участі у здійсненні такого виду діяльності з боку вітчизняних закладів охорони здоров'я [1, с. 31].

При проведенні діагностики та проведенні первинного огляду пацієнта медичні працівники, все частіше використовують інноваційні технології. Так, при первинній консультації окремі структури пропонують наступне: «Первинна консультація і прийом лікаря і є обов'язковими перед призначенням будь-якого курсу лікування або програми обстеження за кордоном. Під час першої розмови, в тому числі і по Скайпу лікар з'ясовує, що стало причиною звернення, наскільки швидко необхідна медична допомога або послуга, стан здоров'я, встановлені медичні проблеми і думки колег, побажання пацієнта тощо. Під час бесіди пацієнт теж задає питання, що цікавлять його питання, частіше організаційного характеру.

Вже на прийомі лікар проводить ретельний огляд, пальпацію (обмацування), аускультацию (вислуховування), перкусію (вистукування), з'ясовує зовнішні ознаки хвороби, звертає увагу на колір і стан шкіри, слизових оболонок, наявність висипань, пухлин, вивчає, чи порушені функції органів і частин тіла. Уже первинний огляд може показати, чи існують патологічні збільшення лімфатичних вузлів, внутрішніх органів, частин тіла, порушені функції органів і систем. Часто вже після первинного обстеження можна поставити діагноз і призначити лікування, з'ясувати наскільки терміново потрібна госпіталізація, оперативне втручання тощо. Якщо в постановці основного діагнозу виникають труднощі і сумніви в його точності і розробці плані лікування (обстеження), то може бути призначено проведення аналізів, діагностичних досліджень і тестів [2].

По-перше, питання, якщо зазначена організація не має ніякого правового статусу то яким чином вони взмозі організувати первину консультацію, що є фактично діагностикою? І в якій державі проводиться зазначена діагностика особи, що має бажання використати запропонований туристичний продукт?

По-друге, на підставі яких нормативно-правових актів здійснюється діагностика особи по скайпу? Чи можна в даному випадку це вважати теле медичними послугами? Проаналізуємо таку можливість з боку невідомих лікарів.

Так, Модельний Закон про телемедичні послуги, що прийнятий на тридцять п'ятому пленарному засіданні Міжпарламентської Асамблеї держав-учасниць СНД (Постанова N 35-7 від 28.10.2010 року) встановлює, що телемедицина – комплекс організаційних, технологічних і фінансових заходів, що забезпечують діяльність системи надання дистанційній консультативно-діагностичної медичної послуги, при якій пацієнт або лікар, безпосередньо проводить обстеження або лікування пацієнта, отримує дистанційну консультацію фахівця-медика, використовуючи сучасні інформаційно-комунікаційні технології [3].

За цим документом, телемедичні послуги – відстрочені консультації, консультації в реальному часі, дистанційний контроль за фізіологічними параметрами організму пацієнта, дистанційне проведення діагностичних і лікувальних маніпуляцій, медичні відеоконференції, телеконсиліумів, телесемінари, телелекції і інші медичні послуги, що надаються з використанням сучасних інформаційно-комунікаційних технологій.

Але, відповідно до ст. 2 цього Модельного закону: «... постачальники телемедичних послуг – юридичні особи або індивідуальні підприємці, які мають право надавати телемедичні послуги».

Тобто, на території України можуть надаватися телемедичні послуги, що мають ліцензію на відповідну медичну практику.

Більш того, відповідно до ст. 7 цього документу, підготовка медичних фахівців в області надання телемедичних послуг здійснюється в рамках отримання середнього або середньої спеціальної медичної освіти на основі державного стандарту або в ході післядипломної професійної підготовки та переатестації з числа осіб, які мають середню або вищу медичну освіту, отриману в навчальних закладах держав-учасниць СНД, з виданням відповідного сертифікату.

Крім того, згідно з Положенням про кабінет телемедицини закладу охорони здоров'я, затвердженого наказом МОЗ України від 19.10.2015 року № 681 [4], Кабінет є структурним підрозділом закладу охорони здоров'я, тобто має відповідну ліцензію на медичну практику і працює на території України за законодавством України.

Персонал Кабінету складається з: лікарів, які при присвоєнні (підтвердженні) професійної кваліфікаційної категорії пройшли підготовку з питань надання медичної допомоги із застосуванням телемедицини на факультетах підвищення кваліфікації лікарів під час післядипломного навчання; сестер медичних, які здійснюють ведення медичної та статистичної документації в електронній формі та у формі документа на папері; інженерів, які забезпечують функціонування технічних та програмних засобів Кабінету.

Тобто, запропонований на веб-порталі [INTMEDTOURISM](http://www.intmedtourism.com) спосіб консультації нерегламентований законодавством України.

Цікавою є пропозиція щодо дистанційних послуг, що включають онлайн відео консультації з ізраїльськими фахівцями, перегляд ПЕТ КТ, МРТ і КТ дисків, а також ревізію гістологічних матеріалів.

Онлайн консультація в Альфа Медікал відбувається таким чином: 1) Пацієнт звертається з питанням до консультантів. В кооперації з профільним фахівцем (зазвичай в ранзі професора або завідувача відділенням) складається список необхідних для розгляду документів і прямує пацієнтові; 2) Пацієнт персилає необхідні документи російською мовою, при необхідності гістологічні блоки і цифрові знімки, наш перекладач перекладає документацію на іврит або англійська і передає лікарю. Спеціаліст вивчає документи, в разі необхідності ставить додаткові питання. Все листування до відеоконференції відбувається безкоштовно; 3) Призначається відеоконференція з професором / провідним спеціалістом, на якій детально розбирається діагноз і пропонуються варіанти лікування. Оплата, розмір якої варіюється в залежності від галузі медицини і кваліфікації лікаря, вноситься перед проведенням консультації.

В даному випадку має місце надання медичної послуги в режимі телемедицини з порушенням законодавства України.

В свою чергу, окремі дослідники звертають увагу на необхідність державного втручання при здійсненні окремих видів екстреної медичної допомоги, які останнім часом комерціалізуються [5].

Надається також можливість проходити діагностику та лікування самостійно безпосередньо в будь-якому медичному центрі Ізраїлю. Альфа Медікал допомагає підібрати клініку, лікаря, а також призначити первинні консультації та діагностику. Далі пацієнт діє самостійно.

Література:

1. Пашков В.М. Напрямки оптимізації господарсько-правового забезпечення суспільних відносин у галузі охорони здоров'я. К.: МОПОН, 2006. 360 с.
2. Первичная консультация и прием врача. . [www.INTMEDTOURISM](http://www.intmedtourism.com). com. URL: <http://www.intmedtourism.com/ru/consultation-admission/>

3. Модельный закон о телемедицинских услугах. Модельний закон про телемедицинські послуги СНД; Модель, Міжнародний документ, Закон від 28.10.2010. URL: http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/997_n22
4. Положення про кабінет телемедицини закладу охорони здоров'я МОЗ України; Порядок, Положення від 19.10.2015 № 681 Зареєстровано: Мін'юст України від 09.11.2015 № 1401/27846. Офіційний вісник України офіційне видання від 04.12.2015 2015 р., № 94, стор. 340, стаття 3243, код акту 79518/2015
5. Vitaliy M. Pashkov, Iryna A. Golovanova, Petro P. Noha Principle of serviceability and gratuitousness in transplantation? *Wiadomości Lekarskie*. 2016, Nr 3 (cz. II). Tom LXIX. 565 – 568

**РОЛЬ МОБІЛЬНИХ МЕДИЧНИХ БРИГАД У ПРОЦЕСІ НАДАННЯ
ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПОЛІЦЕЙСЬКИМ
НАЦІОНАЛЬНОЇ ПОЛІЦІЇ УКРАЇНИ ТА ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦЯМ
НАЦІОНАЛЬНОЇ ГВАРДІЇ УКРАЇНИ ПРИ ВИКОНАННІ НИМИ
ОПЕРАТИВНО-СЛУЖБОВИХ ЗАВДАНЬ ПІД ЧАС ЛІКВІДАЦІЇ
НАСЛІДКІВ НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЙ**

Марченко О.О., Глушко О.О.

ДУ «Територіальне медичне об'єднання

Міністерства внутрішніх справ України по Полтавській області»

Організація надання екстреної медичної допомоги поліцейським Національної поліції України (далі – НПУ) та військовослужбовцям Національної гвардії України (далі – НГУ), забезпечення санітарно-епідемічного благополуччя підрозділів силових структур при виконанні ними оперативно-службових завдань під час ліквідації наслідків надзвичайних ситуацій техногенного, природного, соціального та воєнного характеру (далі - надзвичайні ситуації), припинення групового порушення громадської безпеки і порядку чи масових заворушень, здійснюється шляхом організації медичного забезпечення за допомогою позаштатних мобільних медичних формувань (далі – ММФ).

Метою статті є дослідження дій ММФ в організації медичного забезпечення силових структур МВС та визначення ролі мобільних медичних бригад, як складової частини ММФ, в процесі надання екстреної медичної допомоги поліцейським та військовослужбовцям в зоні надзвичайної ситуації.

ММФ створюються на базі територіальних медичних об'єднань МВС України по областях (далі – ТМО).

До базового складу ММФ ТМО входять:

1. 1) мобільна медична бригада (далі – ММБ) у складі лікаря та 1-2 середніх медичних працівників;
2. 2) санітарно-протиепідемічна група (далі – СПГ) у складі лікаря-гігієніста та лікаря-епідеміолога;
3. 3) спеціалізована хірургічна бригада (далі СХБ) у складі 2-х лікарів хірургів, лікаря-анестезіолога, операційної медсестри, медсестри;
4. 4) спеціалізована психіатрична бригада у складі лікаря-психіатра, лікаря-психолога (практичного психолога) та медсестри.

ММФ надається санітарний автотранспорт, обладнаний для надання екстреної медичної допомоги, мікроавтобус для перевезення працівників та вантажний автомобіль для транспортування майна формування. Кількість ММФ визначається залежно від чисельності зведених загонів далі – НПУ та НГУ, що беруть участь у ліквідації надзвичайної ситуації, обсягу та складності завдань.

За чисельності зведеного загону 100-300 осіб медичне забезпечення здійснює одна мобільна медична бригада. Кожні наступні 300 осіб обслуговуються окремою мобільною та спеціалізованою хірургічною бригадою.

Основа сучасної системи лікувально-евакуаційного забезпечення становить система етапного лікування поранених і хворих з їх евакуацією за призначенням. Означена система має базуватися на таких основних принципах:

- своєчасність, спадкоємність і послідовність у наданні медичної допомоги та лікуванні;
- надання медичної допомоги пораненим і хворим та початок інтенсивної терапії якомога раніше після поранення;
- ешелонування медичної допомоги між медичними підрозділами та лікувальними закладами;
- поєднання заходів з надання медичної допомоги пораненим і хворим з їх евакуацією;
- проведення інтенсивної терапії тяжкопораненим і тяжкохворим під час евакуації;
- евакуація пораненого чи хворого за призначенням до того лікувального закладу, де йому буде надана вичерпна медична допомога з наступним лікуванням до одужання;
- спеціалізація медичної допомоги та лікування поранених і хворих.

У сучасній системі лікувально-евакуаційного забезпечення особливе значення має своєчасність надання медичної допомоги, спадкоємність і послідовність лікувальних заходів, тобто дотримання єдиних методів лікування поранених і хворих та послідовне нарощування лікувальних заходів на етапах медичної евакуації. Медична допомога повинна бути надана у оптимальні терміни для наступного відновлення здоров'я пораненого і хворого:

- перша медична допомога - до 30 хв.;
- долікарська (фельдшерська) допомога - 1-2 год.;
- перша лікарська допомога - 2-4 год.;
- кваліфікована допомога - 6-8 год.;
- спеціалізована допомога - до 24 год.

Своєчасність медичної допомоги досягається організацією безперервного вивозу (виносу) поранених і хворих з осередку надзвичайної події, швидкою доставкою їх на етапи медичної евакуації та правильною організацією роботи останніх. Суттєве значення має також наближення етапів медичної евакуації до підрозділів і своєчасне їх висування до районів масових санітарних втрат.

Завдання керівника мобільного медичного формування:

1. підтримувати ММФ у постійній готовності до виконання завдань за призначенням; забезпечувати дотримання вимог законодавства України, нормативно-правових актів МВС та МОЗ з питань охорони здоров'я;
2. забезпечувати виконання покладених на ММФ завдань, раціональне використання матеріальних та трудових ресурсів;
3. тримати на контролі інформацію про загальну, тактичну та медичну обстановку, що складається в зоні надзвичайної ситуації;
4. налагоджувати стійкий радіозв'язок (мобільний зв'язок) з оперативним штабом або іншим органом управління утвореним в зоні надзвичайної ситуації;
5. організовувати взаємодію з закладами охорони здоров'я інших центральних органів виконавчої влади з питань діагностики, лікування постраждалих та санітарно-епідемічного благополуччя;
6. розподіляти обов'язки між працівниками ММФ;
7. організовувати та брати участь у прийомі постраждалих, наданні їм медичної допомоги та підготовці до подальшої медичної евакуації;
8. особисто перевіряти отримання майна, його наявність, стан та утримання, що знаходиться на балансі ММФ, забезпечувати суворе виконання правил його зберігання та експлуатації;
9. організовувати своєчасне (з урахуванням установлених міжпівірочних інтервалів) подання засобів вимірювальної техніки на повірку;
10. організовувати ведення встановленої облікової-звітної та медичної документації;
11. контролювати дотримання правил внутрішнього розпорядку, санітарно-гігієнічного та протиепідемічного режимів, вимог безпеки праці та протипожежної безпеки підлеглими під час виконання завдань за призначенням;
12. брати участь у вирішенні інших питань, що стосуються компетенції ММФ.

Завдання працівників мобільних медичних формувань:

- 1) приймати участь у забезпеченні готовності ММФ до виконання завдань за призначенням;
- 2) дотримуватися положень посадової інструкції, інших нормативних та законодавчих актів за напрямком професійної діяльності;
- 3) відповідати кваліфікаційним вимогам за відповідною спеціальністю; дотримуватися правил охорони праці та протипожежної безпеки; добросовісно виконувати свої функціональні обов'язки, правила внутрішнього трудового розпорядку та дотримуватися режиму роботи формування;
- 4) виконувати інші завдання, визначені керівником ММФ, залежно від оперативної обстановки.

На підготовчому етапі медичного забезпечення:

- здійснюється підготовка ММФ до виконання завдань за призначенням;
- проводяться заняття з медичними працівниками, які залучатимуться до медичного забезпечення поліцейських та військовослужбовців НГУ;
- здійснюється доукомплектування ММФ медичним майном та лікарськими засобами з розрахунку на 10 діб роботи;
- проводиться підготовка медичної техніки для здійснення маршу;

- видаються індивідуальні засоби захисту органів дихання та шкіри;
- уточнюються шляхи евакуації та заклади охорони здоров'я на маршруті руху колон;
- організується взаємодія з ТМО МВС, через території відповідальності яких пролягатимуть маршрути руху колон (у разі залучення в інші регіони держави), з метою надання допомоги в організації медичного забезпечення;
- визначаються медичні працівники, які надаватимуть медичну допомогу та обсяги допомоги під час маршу;
- у ТМО створюються запаси лікарських засобів, іншого медичного майна та передбачається додаткова кількість вільних ліжко-місць;
- здійснюються інші підготовчі заходи, спрямовані на організацію якісного медичного забезпечення поліцейських НПУ та військовослужбовців НГУ під час маршу та виконання завдань за призначенням.

На етапі виконання завдань за призначенням:

- під час руху колон медична допомога надається шляхом самопомоги та взаємодопомоги, на привалах - визначеними медичними працівниками;
- проводиться госпіталізація хворих на марші до найближчих закладів охорони здоров'я за маршрутом руху колон, про що інформується керівництво військових частин, територіальних медичних об'єднань МВС і Департаменту охорони здоров'я і реабілітації МВС України (далі – ДОЗР МВС);
- проводиться медична розвідка силами санітарно-протиепідемічної групи з метою запобігання інфекційним захворюванням серед особового складу зведених загонів та виявлення радіаційного і хімічного зараження в разі пошкодження небезпечних об'єктів;
- організується взаємодія із закладами охорони здоров'я для надання поліцейським та військовослужбовцям НГУ за потреби спеціалізованої і високоспеціалізованої медичної допомоги, організуються і здійснюються відповідні санітарно-гігієнічні та протиепідемічні заходи;
- уточнюються шляхи і способи медичної евакуації та заклади охорони здоров'я, до яких здійснюватиметься евакуація постраждалих;
- надається медична допомога поліцейським та військовослужбовцям НГУ у пунктах тимчасової дислокації підрозділів та в місцях виконання завдань, а також постраждалому населенню в зоні надзвичайної ситуації, здійснюється медичне сортування постраждалих залежно від важкості їх стану та евакуація таких осіб до відповідних закладів охорони здоров'я;
- організуються і проводяться санітарно-гігієнічні та протиепідемічні заходи, зокрема з медичного контролю за станом здоров'я поліцейських та військовослужбовців НГУ, санітарного нагляду за умовами розміщення, харчування, водопостачання, банно-прального обслуговування, та заходи, спрямовані на зниження рівня інфекційних захворювань серед особового складу зведених загонів;
- налагоджується інформування про кількість постраждалих, поранених та хворих на гострі захворювання серед особового складу НПУ та НГУ, задіяного у зоні надзвичайної ситуації.

Етап медичної евакуації — це сили і засоби охорони здоров'я, що розгорнуті на шляхах медичної евакуації і призначені для прийому, медичного сортування, надання певних видів медичної допомоги ураженим і (за необхідності) підготовки їх до подальшої евакуації.

Як свідчить багаторічний досвід надання медичної допомоги в умовах НС, найбільш виправданою є двохетапна система. Це обумовлено, як правило, неможливістю надання медичної допомоги в повному обсязі у вогнищі катастрофи водночас значній кількості постраждалих, а також недоцільністю концентрації медичних сил і засобів у межах зони НС. Етапи медичної евакуації повинні виконувати такі загальні для кожного з них завдання:

- приймання, реєстрування, медичне сортування постраждалих;
- проведення згідно з показаннями санітарної обробки уражених, дезінфекції, дезактивації, дегазації їх речей;
- надання потерпілим екстреної медичної допомоги у обсязі, що визначений для даного етапу лікування уражених;
- підготовка потерпілих, які будуть евакуйовані на наступному етапі;
- ізоляція інфекційних та психічно хворих.

При визначенні місця розгортання сил і засобів етапів медичної евакуації слід враховувати рішення органів управління ліквідацією наслідків НС, медико-тактичну обстановку в осередку НС, наявність шляхів евакуації тощо. Місце розгортання першого етапу медичної евакуації повинно бути максимально наближене до місця події з урахуванням концентрації потерпілих та виходячи з вимоги забезпечення безпечної роботи медичних працівників. При виборі місця розгортання другого етапу медичної евакуації необхідно максимально використовувати наявні медичні заклади та громадські будівлі (школи, клуби, гуртожитки тощо). При цьому необхідно враховувати наявність шляхів сполучення, придатних для медичної евакуації потерпілих, джерел водопостачання, дебіт і якість води в яких відповідала б санітарно-гігієнічним вимогам, та можливість обладнання майданчика для посадки санітарних вертольотів. Розмір майданчика або приміщень повинен забезпечити розгортання необхідних функціональних підрозділів.

Слід зазначити, що різноманітність стихійних лих і виробництв, де застосовуються вибухові, сильнодіючі отруйні, пожежонебезпечні, токсичні, радіоактивні та інші речовини, а також різке порушення циклу технологічних процесів при аваріях та катастрофах, призводить не до окремих ізольованих уражень, а в більшості випадків до комбінованих (травма + радіаційне ураження, травма + опіки + ураження сильнодіючими отруйними речовинами, тощо). Тому при наданні медичної допомоги постраждалим та визначенні, в який лікувальний заклад їх необхідно госпіталізувати, повинні враховуватись провідні симптоми, що впливають на подальший стан уражених та визначають профільність медичної допомоги. Тут велике значення надається медичному сортуванню. Вживання цих заходів дозволяє більш раціонально використати медичні сили та засоби, прискорити надання медичної допомоги більшій кількості постраждалих та швидше евакуйовувати їх на наступний етап, покращити якість медичної допомоги,

підвищити її результативність. В залежності від реальних умов і можливостей медичного персоналу, інколи на першому етапі медичної евакуації надання першої лікарської допомоги може поєднуватись з елементами кваліфікованої медичної допомоги. Кожному постраждалому слід надати на місці отримання ураження першу медичну допомогу, спрямовану на порятунок його життя і запобігання розвитку небезпечних тяжких ускладнень. Лікувально-профілактичні заходи під час надання медичної допомоги на етапах медичної евакуації визначаються видом і обсягом такої допомоги. Залежно від завдань, що покладені на етап медичної евакуації і умов його роботи перелік функціональних показників, призначених для виконання цих завдань, може бути різним. Етапи медичної евакуації постійно мають бути готові до роботи в будь-яких, навіть найскладніших, умовах, до швидкої зміни місця розгортання і до одночасного приймання великої кількості потерпілих.

Особливе значення має своєчасне надання першої медичної допомоги, проведення невідкладних заходів лікарської і кваліфікованої медичної допомоги, а також виконання лікувально-профілактичних процедур, що забезпечують можливість надання медичної допомоги в пізніші терміни (відстрочена медична допомога). У межах кожного виду медичної допомоги відповідно до конкретних медико-тактичних умов передбачене виконання певного переліку лікувально-профілактичних заходів. Цей перелік у сукупності складає обсяг медичної допомоги, який як в осередку ураження, так і на етапах медичної евакуації не є постійним і може змінюватися залежно від обстановки. Якщо в конкретних умовах виконані всі заходи певного виду медичної допомоги, то обсяг медичної допомоги є повним. Якщо ж в осередку ураження і на етапі медичної евакуації ті або інші лікувально-профілактичні заходи відносно якоїсь групи потерпілих (хворих) неможливо виконати, то обсяг медичної допомоги називається скороченим. Для кожного виду медичної допомоги притаманні свій обсяг, конкретні завдання і перелік типових лікувально-профілактичних заходів, а кожному етапу медичної евакуації відповідає певний вид медичної допомоги. В умовах надзвичайних ситуацій як види, так і обсяги допомоги можуть змінюватися залежно від реальних умов, величини санітарних втрат, забезпеченості охорони здоров'я ресурсами, силами і засобами, можливостями доставки постраждалих до стаціонару.

В осередках масового ураження (війна, стихійні лиха, техногенні катастрофи та ін.) виникають одномоментно масові санітарні втрати, різні як за локалізацією, так і за характером і тяжкістю ураження, в структурі яких переважають різні комбіновані ушкодження. У цих умовах важливого значення набуває чітке і правильне медичне сортування, без якого неможливе планомірне лікувально-евакуаційне забезпечення потерпілого населення. Досвід роботи медичного персоналу в районах катастроф підтверджує важливість чинника часу при наданні медичної допомоги ураженим.

Для дотримання плану медичного забезпечення необхідна чітка координація роботи всіх представників медичної служби. Координація роботи

досягається за рахунок багатьох складових, основною з яких є медичне сортування.

Медичне сортування - це спосіб розподілу уражених на групи (категорії), які потребують однорідних лікувально-профілактичних та евакуаційно-транспортних заходів, з урахуванням тяжкості і характеру ураження, а також обсягу медичної допомоги на даному етапі лікувально-евакуаційного забезпечення. Мета сортування — забезпечити ураженим своєчасне надання медичної допомоги і раціональної евакуації. Це особливо важливо, якщо кількість уражених, які потребують медичної допомоги або евакуації, перевищує можливості місцевої ланки охорони здоров'я. Основними завданнями медичного сортування є визначення характеру поранення, встановлення необхідності, черговості і місця (функціональний підрозділ) надання домедичної допомоги або лікування, визначення порядку, способу та черговості подальшої евакуації постраждалих (додаток 1).

Вимоги до сучасного медичного сортування базуються на наступних принципах:

- медичне сортування слід розпочати від медичного посту передового підрозділу і продовжувати на всіх етапах медичної евакуації;
- медичне сортування пораненого (хворого) це комплексний процес, який включає послідовні і спадкоємні заходи його проведення на всіх рівнях з метою створення єдиного евакуаційного висновку в кожному окремому випадку;
- у разі потреби, постраждалого неодноразово сортують на кожному із рівнів з метою вчасного виявлення змін у його стані, які можуть потребувати переведення його до іншої категорії;
- медичне сортування повинно проводитись кваліфікованим фахівцем з метою зменшення ризику помилки;
- особи, що проводять медичне сортування, повинні керуватись єдиними правилами та вимогами до методики його проведення та оцінки результатів;
- результати медичного сортування фіксуються загально визначеними позначеннями в визначених зразках медичної документації;
- медичне сортування здійснюється в інтересах більшості постраждалих і спрямовується на надання першочергової допомоги пораненим, які перебувають у загрозливому для життя стані, та перспективним пораненим, які мають більше шансів повернутись до строю.

При евакуаційно-транспортному медичному сортуванні визначають:

- евакуаційне призначення (куди направити);
- вид транспорту;
- спосіб евакуації (лежачи, сидячи);
- місце на евакуаційному транспорті (на першому чи на другому ярусі);
- черговість евакуації (перша чи друга).

У разі евакуації постраждалих до державних або комунальних закладів охорони здоров'я, керівник ММФ передає до закладу охорони здоров'я інформацію про кількість постраждалих, попередні діагнози та ступінь їх тяжкості. Для належної організації медичного забезпечення медичні працівники обов'язково забезпечуються засобами зв'язку. Медичне постачання ММФ ДУ

ТМО у період виконання завдань за призначенням здійснюється через ТМО МВС, на території відповідальності яких виникла надзвичайна ситуація.

Кольорові кодування сортувальних категорій постраждалих (хворих).

Кольори сортувальних категорій	Показники стану здоров'я постраждалого (хворого)	Заходи медичної допомоги
I (червоний)	Під загрозою життя. Безпосередня загроза життю, що може бути усунена за умови негайного надання медичної допомоги, евакуації та подальшого лікування	Надання негайної медичної допомоги. Госпіталізація в першу чергу
II (жовтий)	Тяжко поранений або хворий. Стан постраждалого з стабільними життєвими показниками, що дозволяють очікувати та отримати медичну допомогу в другу чергу	Надання медичної допомоги та госпіталізація в другу чергу
III (зелений)	Легко поранений або хворий. Незначне ушкодження здоров'я із задовільним загальним станом постраждалого з можливістю очікування отримання медичної допомоги довший термін	Надання допомоги в третю чергу з подальшим (амбулаторним) лікуванням
IV (чорний/темно-фіолетовий)	Немає шансів на життя. Пошкодження здоров'я постраждалого, що несумісні з життям	Догляд. Паліативна медична допомога з можливою евакуацією в лікувальний заклад
	Труп	Ідентифікація. Констатація смерті

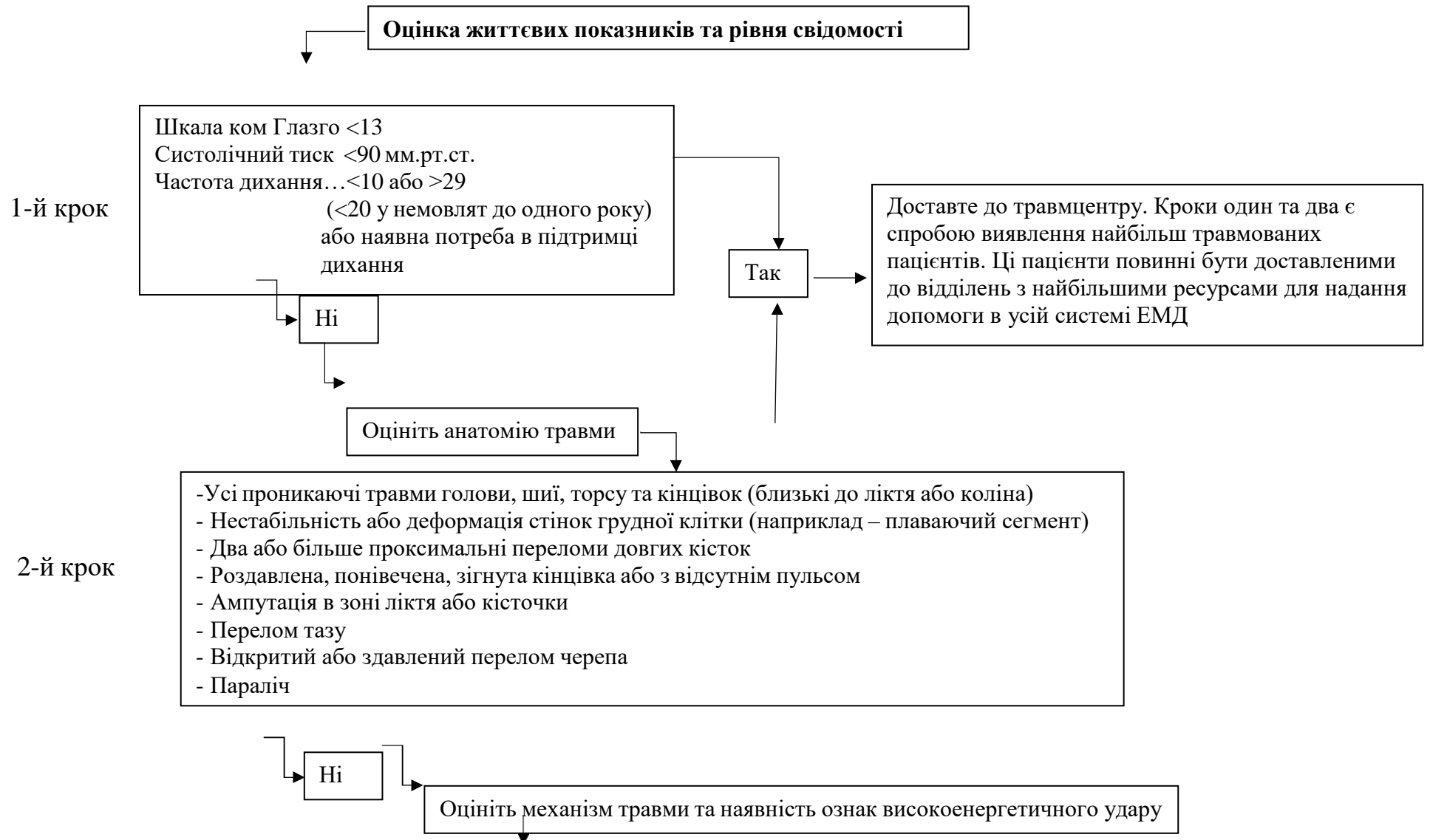
Нарощування медичних сил та засобів у зоні надзвичайної ситуації за рахунок ТМО МВС інших областей або резерву начальника УОЗР МВС України здійснюється за дорученням керівництва УОЗР.

На заключному етапі виконання завдань:

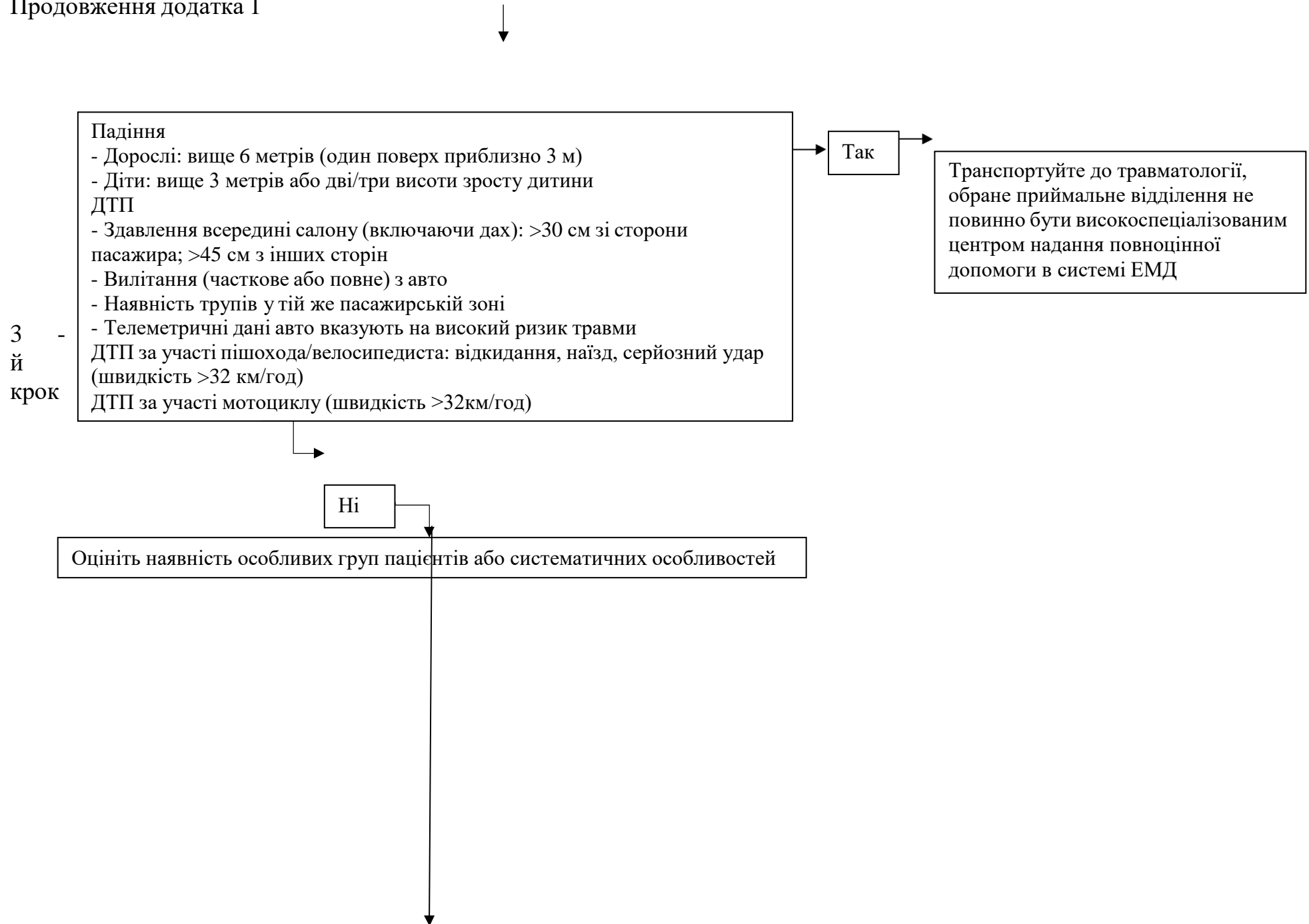
- після завершення виконання завдань у зоні надзвичайної ситуації медичне забезпечення маршу підрозділів НПУ та НГУ в пункти постійної дислокації здійснюється аналогічно медичному забезпеченню маршу в район надзвичайної ситуації;
- напередодні здійснення маршу хворі із числа поліцейських та військовослужбовців НГУ, лікування яких може бути завершено в амбулаторних умовах, виписуються із закладу охорони здоров'я або переводяться до ТМО МВС; інформація про хворих, які залишаються у державних або комунальних закладах охорони здоров'я, передається до УОЗР;
- після прибуття ММФ у пункти постійної дислокації, здійснюється доукомплектування медичних укладок та забезпечується відповідне обслуговування медичної техніки й обладнання, у разі необхідності організовується медико-психологічна реабілітація.

Таким чином, своєчасна, якісна та повноцінна екстрена медична допомога поліцейським НПУ та військовослужбовцям НГУ при виконанні ними оперативно-службових завдань під час ліквідації наслідків надзвичайних ситуацій техногенного, природного, соціального та воєнного характеру прямим чином залежить від рівня підготовки мобільних медичних формувань, забезпечення їх медикаментами та медичним обладнанням, санітарним транспортом, надійним зв'язком, належного сортування та можливості швидкої евакуації потерпілих наземним та авіаційним транспортом до найближчих спеціалізованих лікувальних закладів. Повноцінне вирішення цих питань дасть змогу мінімізувати втрати особового складу силових структур в умовах надзвичайних подій.

Полюове сортування поранених пацієнтів



Продовження додатка 1



Продовження додатка 1



4-й крок

- Особи похилого віку
 - Ризик травми/смерті зростає, якщо вік більше 55 років
 - Систолічний тиск <110 може бути ознакою шоку у віці старше 65 років
 - Механізми слабкої дії (падіння з висоти зросту) можуть спричинити серйозні травми
- Діти
 - Повинні сортуватись для доправлення до педіатричних відділень
- Порушення коагуляції та кровотечі
 - Пацієнти з травмою голови мають високий шанс швидкого погіршення стану
- Опіки
 - За відсутності інших травм – сортуйте для транспортування до опікового відділення
 - За наявності інших травм - сортуйте для транспортування до травматології
- Вагітність >20 тижнів
- Власний розсуд рятувальника

Так

Транспортуйте до медичного закладу або травмцентру, в якому є можливість швидко та якісно оцінити стан, а також провести первинний контроль серйозних травм. Проконсультуйтеся з медичним керівництвом

Ні

Транспортуйте згідно з протоколом

Використана література

1. Про екстрену медичну допомогу : Закон України від 05.07.2012 № 5081-VI. Відомості Верховної Ради України, 2013, № 30, ст.340.
2. Новий клінічний протокол «Екстрена медична допомога: догоспітальний етап» : затв.наказом МОЗ України від 05.06.2019 № 1269, <https://moz.gov.ua>, 05.06.2019, 317 ст.
3. Порядок медичного забезпечення поліцейських та військовослужбовців Національної гвардії України при виконанні оперативно-службових завдань під час подолання наслідків надзвичайних ситуацій, припинення групового порушення громадської безпеки і порядку чи масових заворушень : затв.наказом МВС України від 07.11.2017 № 910, <https://mvs.gov.ua>, 07.11.2017, 25 ст.
4. Методичні рекомендації з організації роботи мобільних медичних формувань : Управління охорони здоров'я та реабілітації МВС України, м.Київ. МВС України, 04.03.2019 № 33/1-551, 11ст.
5. Перша медична (екстрена) допомога з елементами тактичної медицини на догоспітальному етапі в умовах надзвичайних ситуацій : Тарасюк В.С., Матвійчук М.В. Паламар М.В., Поляруш В.В., Корольова Н.Д., Подолян В.М. Малик С.Л., Кривецька Н.В.. – Київ, Медицина, 2015, 368 ст.

**МЕДИЦИНА КАТАСТРОФ В НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЯХ:
ПРАВОВИЙ СТАТУС**

Пашков В.М.,

доктор юридичних наук, професор, завідувач лабораторії дослідження проблем національної безпеки у сфері громадського здоров'я НДІ вивчення проблем злочинності імені академіка В.В. Сташиса НАПрН України

Соловійов О.С.,

доктор медичних наук, професор,
заступник Секретаря Ради національної безпеки і оборони України

Державна служба медицини катастроф (Далі – ДМСК) – особливий вид державної аварійно-рятувальної служби, основним завданням якої є надання безкоштовної медичної допомоги потерпілим у надзвичайних ситуаціях (Далі – НС) техногенного та природного характеру, а також рятувальникам та особам, які беруть участь у ліквідації НС.

ДМСК створена 14.04.1997 р. відповідно до ст. 37 Основ законодавства України про охорону здоров'я з метою надання медичної допомоги на випадок екстремальної ситуації на території України. Служба у своїй діяльності керується Конституцією України та іншими законодавчими актами. До її складу входять медичні сили, засоби та лікувально-профілактичні заклади центрального і територіального рівня незалежно від виду діяльності та галузевої приналежності, визначені МОЗ України: Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф, територіальні центри екстреної медичної допомоги, науково-дослідні медичні установи, лікувально-

профілактичні заклади, які утворюють та утримують медичні формування і розгортають додатковий ліжковий фонд, а також забезпечені всім необхідним для надання екстреної медичної допомоги [1].

Основні завдання ДСМК є: надання безоплатної медичної допомоги потерпілим; організація та проведення комплексу санітарно-гігієнічних та протиепідемічних заходів в осередку НС; збір та аналіз інформації щодо медико-соціальних наслідків НС; забезпечення збереження здоров'я персоналу, який бере участь у ліквідації наслідків НС; створення й раціональне використання резерву матеріально-технічних ресурсів на всіх рівнях та організація роботи аптеки в умовах НС; участь у підготовці медичних та немедичних працівників до надання медичної допомоги потерпілим; науково-дослідні роботи з питань екстреної медичної допомоги та питань реагування під час НС.

До медичних формувань Служби належать мобільні госпіталі, мобільні загони, медичні бригади постійної готовності першої черги (бригади швидкої медичної допомоги), спеціалізовані медичні бригади постійної готовності другої черги, положення про які затверджуються МОЗ України.

ДСМК приймала участь у багатьох міжнародних програмах: в Міжнародному проєкті МАГА ТЕ ЯЕЯ 9/049 "Медична освіта та програма міжрегіональної координації готовності до ядерних аварій", в програмі "Партнерство Американського Міжнародного Союзу Охорони Здоров'я (АМСОЗ) по виконанню Проєкту удосконалення медичної допомоги в нових незалежних державах", міжнародних військово-цивільних навчаннях "Раф енд Реді" 2004 р. тощо.

Особовий склад спеціалізованих бригад УНПЦ ЕМД та МК приймав участь у ліквідації наслідків землетрусів в Туреччині у 1999 р. та Індії у 2001 р.

Таким чином, чинний стан вітчизняної медицини катастроф слід розглядати у нерозривному зв'язку з загальним станом швидкої (екстреної) медицини в Україні. Однак, в Україні, зокрема бракує близько третини бригад екстреної медичної допомоги. Багато лікарів передпенсійного віку. У той же час молодих лікарів на роботу у цю галузь приходить мало. Частина автомобілів недоукомплектовані. Також не вистачає і самих машин. Транспорт та медична техніка в середньому на 60-70 % застарілі, фізично зношені та потребують заміни. У деяких бригадах працює персонал без належної освіти, зокрема санітарки.

Не останню роль у зростанні важливість існування служби вітчизняної медицини надзвичайних ситуацій зіграла пандемія корона вірусу, з подоланням наслідків якої та численним зростанням випадків зараження хворобою у 2020 р. боролися і працівники служби медицини катастроф.

Звертаючись до зарубіжного досвіду функціонування системи екстреної медицини та медицини катастроф, насамперед варто виділити досвід США з утворенням урядових органів FEMA та NDMS [2]. Проблема захисту та надання медичної допомоги населенню у цій країні вирішується в залежності від потенційних варіацій надзвичайних ситуацій – стихійні лиха, терористичні акти тощо. Відповідальними урядовими інституціями за розгорнення заходів з надання

допомоги в умовах НС у США є Міністерство охорони здоров'я, Національна протипожежна адміністрація, медична служба Збройних сил США тощо.

Для безпосередньої організації робіт в умовах НС в 1979 р. було утворено центральний урядовий орган – Федеральне агенство з управління країною в надзвичайних умовах (Federal Emergency Management Agency – FEMA), головним завданням якого є планування та організація заходів щодо захисту населення в разі, насамперед, виникнення загрози ядерного конфлікту, та координація ефективної взаємодії різних міністерств, відомств та установ, відповідальних за попередження й боротьбу з наслідками стихійних лих і катастроф у мирний час.

У свою чергу, у 1981 р. утворюється спеціальна служба для надання медичної допомоги постраждалим в умовах НС – National Disaster Medical System (NDMS), покликана у разі необхідності об'єднувати можливості Міністерства оборони, Міністерства охорони здоров'я, медичних установ штатів, приватних організацій та установ зі сфери охорони здоров'я задля організації медичних та евакуаційних заходів у районі НС.

NDMS вступає до відносин з надання медичної допомоги у тому разі, коли кількість осіб, що потребують медичної допомоги перевищує можливості лікувальних установ регіону катастрофи. У разі відсутності небезпеки FEMA та NDMS провадять заходи з навчання медичного персоналу належним діям в умовах НС та забезпечення можливості оперативного розгортання резервного ліжкового фонду у разі виникнення на те необхідності.

План заходів на випадок НС NDMS, насамперед, передбачає створення загонів спеціалізованої медичної допомоги, які розгортають евакуаційні відділення на 240 ліжок, 15 з яких здатні надати допомогу 10 000 особам. Залучення великих лікарняних центрів у головних містах штатів з місткістю 2500 і більше ліжкомісць та можливість використання понад 300 регіональних центрів здатні підняти резерв місць для лікування постраждалих до 100 000 ліжкомісць.

Служба екстреної медичної допомоги США комплектується переважно фахівцями-парамедиками, підготовка яких проводиться з 1966 р. Дані фахівці ЕМТ в 1970 р. були внесені до офіційного переліку медичних спеціальностей, підготовка яких здійснюється за двома категоріями: ЕМТ-І – ключова увага на діагностику наявності загрозливих для життя станів і надання невідкладної медичної допомоги; ЕМТ-Р – знання та навички надання невідкладної допомоги із залученням методів інтенсивної терапії;

У структурі NDMS присутні наступні підрозділи: DMAT: Група надання медичної допомоги при НС, здатна розгорнути повноцінний польовий госпіталь для надання допомоги при легких травмах, ушибах та переломах, у інвентарі якої наявні необхідні засоби для цього; IMSURT: Міжнародна група медико-хірургічного реагування, здатна розгорнути «операційну в полі» - відділення хірургічного втручання в польових умовах для обробки більш серйозних травм; NVRT: Національна група ветеринарного реагування – команда ветеринарних спеціалістів, яка турбується про службових та постраждалих у регіону тварин; IRCT: Група координації реагування на НС – відповідальна за координацію та контролем діяльності залучених структурних підрозділів; DMORT: Оперативна

група реагування для роботи з тілами загиблих, яка залучається до роботи у НС з масовими жертвами задля ідентифікації останків із залученням наукових методів, а також – збирання інформації про загиблих від членів сім'ї. На початку пандемії коронавірусу в США була залучена до розгортання мережі мобільних моргів у Нью-Йорку з огляду на нездатність місцевих установ справитися з навантаженням через високу смертність від хвороби. Останнього разу структурний підрозділ залучався до роботи у мегаполісі після терористичних атак 11 вересня 2001 року, коли офісу місцевої судової експертизи не вистачало засобів для ідентифікації останків 2753 загиблих під час знищення ВТЦ.

Також, за оцінками європейських фахівців, високу ефективність роботи демонструє система екстреної медичної допомоги Франції - *Service d'Aide Médicale Urgente* (SAMU), утворена у 1956 р. за регіональним принципом та структурою зі 100 пунктів.

До складу стандартної бригади ЕМД входить лікар, який отримав спеціальну підготовку в системі швидкої допомоги/лікар-стажист або медична сестра з догляду, водій та радіооператор. Два останніх члена бригади, як правило, поліцейські або пожежні, які виконують за сумісництвом обов'язки санітарів. При цьому варто зазначити, що парамедики не залучаються до проведення медичних маніпуляцій з потерпілими безпосередньо на місці події, а перебувають у постійній готовності для надання додаткової допомоги для надання невідкладної допомоги чи транспортування потерпілих у разі виникнення на те необхідності.

Фахівці SAMU проходять спеціальний 400 год. курс підготовки, отримуючи спеціальне посвідчення, щорічно підтверджують на іспитах рівень своєї кваліфікації та здійснюють постійну практику в медичних, навчально-медичних, пожежних, поліцейських транспортних установах.

За законодавством Франції [3], чинна система захисту населення від НС побудована на базі кадрових фахівців-рятувальників пожежної служби – 30 тис. осіб, та добровольців – близько 200 тис. осіб, з яких лише 5 тис. – лікарі. Крім мережі пожежних центрів система також передбачає існування спеціальних підрозділів швидкого реагування, ліквідації наслідків авіакатастроф, технічні підрозділи, радіологічні, сейсмологічні тощо.

Окремо слід виділити існування у структурі ЕМД Франції військово-медичного формування швидкого реагування ЕММІР чисельністю 78 осіб, яке було утворене у 1982 р. Формування включає в себе групу управління, дві хірургічних та госпітальних групи, терапевтичну, а також групи супроводу для повітряної евакуації, транспорту та зв'язку, які можуть діяти як у повному складі, так і автономно.

У свою чергу, система ЕМД та МК ФРН об'єднує найкращі елементи попередньо проаналізованих моделей. Відповідно до Закону ФРН про захист від катастроф 1968 р. у державі передбачено систему з надання різних видів допомоги загальною кадровою чисельністю близько 600 000 осіб. При цьому система охорони ФРН передбачається існування 500 000 ліжко-місць, кількість яких може бути збільшена на 1.2 млн ліжок у разі виникнення серйозних надзвичайних ситуацій.

Як і у багатьох інших місцях, у Німеччині система ЕМД виконує дві основні функції: *Екстрена служба* - відповідь на всі дзвінки, що стосуються безпосередньої небезпеки для життя та/або здоров'я людини, яка потребує надання належної медичної допомоги та/або транспортування до ЛПЗ. Ця послуга стосується гострих захворювань, таких як інфаркт міокарда, нещасних випадків з важкими травмами тощо; *«Неаварійні послуги»* - Організація та здійснення транспортування пацієнтів, які не належать до невідкладних станів (переїзд до, між лікарнями). Ця послуга для тих пацієнтів, які не мають гострих амбулаторних або хронічних захворювань, або тих, хто одужує від гострих ситуацій, які не мають можливості користуватися іншими видами транспорту (таксі, власний автомобіль або громадський транспорт).

В умовах ФРН держава і частково підприємці у рамках так званої соціальної відповідальності беруть на себе витрати по медичному обслуговуванню населення. При цьому згідно з положеннями законодавства, за роботу ургентних служб відповідають, насамперед, урядові органи земель.

Основним принципом діяльності служби ЕМД ФРН є негайне транспортування постраждалого в лікарню для надання йому кваліфікованої медичної допомоги. Найбільш ефективними для виконання функцій транспортної служби хворих, враховуючи швидкість пересування, були визнані пожежні бригади. Цю функцію також виконують добровільні організації - Червоний Хрест, служба волонтерів Мальтійського ордена та ін.

Зазвичай виклик спочатку надходить до пожежної служби, які у разі потреби можуть звернутися в службу ЕМД/Червоного Хреста/волонтерів Мальтійського ордена і т.п. Згідно зі статистикою, добровільні і професійні пожежні команди виконують 27% невідкладних викликів, машини суспільства Червоного Хреста Німеччини — 68,5%.

Аналіз 10000 виїздів машин швидкої медичної допомоги у Франкфурті-на-Майні (площа - 195 км²) показав, що в будь-яке місце події машина може прибути в середньому через 7 хв. після виклику, а середня протяжність такого маршруту до місця події - 5-6 км.

Проблема транспорту в Німеччині вирішується двома шляхами: існують наземні засоби транспортування, а також - застосовуються повітряні засоби транспортування. Для екстреного повітряного транспорту Німеччини характерне використання різноманітних повітряних засобів, починаючи від гелікоптерів об'єднання ADAC та DRF, на борту яких можна помістити лише 2 потерпілих, і кінчаючи реактивними літаками. Вертоліт, поза сумнівом, найдорожчий засіб порятунку. Але ефективність його використання все-таки покриває витрати. Для оплати транспорту укладені договори з великими лікарняними касами і організаціями соціального страхування. План фінансування складається з 3 частин: медичні витрати забезпечує держава, експлуатацію - каси, вильоти по помилковому виклику - землі.

Проте, на жаль, досвід країн ЄС, щодо розвитку системи охорони здоров'я, не завжди враховується в законодавстві України [4]

Таким чином, постає логічне запитання – яке майбутнє чекає на вітчизняну екстрену медицину? Чи наблизимось ми до вищезгаданих світових зразків ЕМД?

Література:

1. Пашков В.М. Еволюція правового статусу закладів охорони здоров'я в законодавстві України. Медичне право. 2017. №3. С. 104 – 111
2. Mahoney L. E. Designing a U.S. National Disaster Medical System. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1425063/>
3. Lindsey Dawson. (NDMS) and the COVID-19 Pandemic. URL: <https://www.kff.org/coronavirus-covid-19/issue-brief/the-national-disaster-medical-system-ndms-and-the-covid-19-pandemic/>
4. Vitalii Pashkov, Petro Noha, Aleksey Soloviov. SCREENING AND PERIODICAL MEDICAL EXAMINATIONS AS IMPORTANT PART OF PUBLIC HEALTH: PROBLEM OF THE LEGAL IMPLEMENTATION. Wiadomości Lekarskie 2018, tom LXXI, nr 4. 893 – 896

ОКРЕМІ ПИТАННЯ ОРГАНІЗАЦІЇ НАДАННЯ ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПОЛЦЕЙСЬКИМ НАЦІОНАЛЬНОЇ ПОЛІЦІЇ УКРАЇНИ ТА ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦЯМ НАЦІОНАЛЬНОЇ ГВАРДІЇ УКРАЇНИ ПРИ ВИКОНАННІ НИМИ ОПЕРАТИВНО-СЛУЖБОВИХ ЗАВДАНЬ ПІД ЧАС ЛІКВІДАЦІЇ НАСЛІДКІВ НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЙ

Сергата Є.В., Марченко О.О.

Державна установа «Територіальне медичне об'єднання Міністерства внутрішніх справ України по Полтавській області»

Забезпечення сталого соціально-економічного розвитку України має супроводжуватися формуванням безпечного для суспільства і кожної людини стану життєвого довкілля, забезпеченням прийняттого рівня ризику, сучасною системою безпеки, яка б базувалася на принципах міжнародного права. Україна сьогодні, на жаль, є одним з найнебезпечніших регіонів світу за ступенем критичності техногенних навантажень, потенційної небезпеки шкідливих для населення і навколишнього середовища виробництв.

Високий ступінь концентрації промисловості України перебуває в суперечності з невисокою технологічною дисципліною виробництва, що створює об'єктивні передумови зростання техногенних і техногенно-екологічних аварій, катастроф та інших надзвичайних ситуацій. Територія нашої країни покрита мережею потужних транспортних магістралей, по яких транзитом проходять у великій кількості екологічно небезпечні вантажі. Серйозну техногенну та екологічну небезпеку для густонаселених районів країни становлять нафтопроводи, газопроводи та аміакопроводи, які теж, на жаль, значною мірою знаходяться в зонах, що потенційно можуть стати зонами повені. Окрім зазначених чинників, НС можуть бути спричинені екстремальними атмосферними явищами, непередбачуваними природними подіями, а також епідеміями.

Актуалізація проблеми тероризму реально висвітлила вузькість техногенно-природного виміру безпеки і додала інші чинники небезпеки, і передусім біологічного характеру. Та найбільше занепокоєння викликають все більш активні

бойові дії з боку незаконних збройних формувань на території Донецької і Луганської областей за підтримки сусідньої держави-агресора.

Таким чином, до проблем безпеки людини в широкому розумінні цього визначення необхідно підходити комплексно, системно. Немає окремо екологічної, економічної, техногенної, соціальної чи якоїсь іншої безпеки. Є єдина безпека життєдіяльності, яка включає в себе весь процес забезпечення безпеки людини, малих і великих соціальних груп у соціально-культурному і природному середовищі.

Оптимізація термінів екстреної медичної допомоги є визначальним показником ефективності роботи охорони здоров'я в надзвичайних ситуаціях, оскільки від максимального скорочення часу від моменту отримання травми до надання медичної допомоги залежить наслідок багатьох видів уражень. Порятунком життя потерпілих і збереження здоров'я населення в районі лиха багато в чому залежать від чіткої взаємодії аварійно-рятувальних медичних сил швидкого реагування, організації етапної системи надання екстреної медичної допомоги потерпілим.

Метою статті є дослідження окремих питань та основних організаційних принципів медичного забезпечення підрозділів силових структур - Національної поліції України (НПУ) та Національної гвардії України (НГУ).

У випадку надзвичайних ситуацій на НПУ та НГУ покладаються наступні завдання:

1. Здійснення заходів з рятування людей, забезпечення їх безпеки та охорони майна.
2. Забезпечення публічної безпеки і порядку.
3. Надання допомоги органам виконавчої влади та органам місцевого самоврядування у відселенні людей з місць, небезпечних для проживання, проведенні евакуації населення.
4. Охорона режимно-обмежувальних і карантинних зон навколо осередків радіоактивного, хімічного, бактеріологічного (біологічного) зараження та під час їх ліквідації.
5. Участь підпорядкованих органів управління, сил і засобів (у межах їх тактико-технічних можливостей) у проведенні аварійно-рятувальних та інших невідкладних робіт на межі та поблизу до районів виникнення надзвичайних ситуацій.
6. Регулювання дорожнього руху та здійснення контролю за додержанням Правил дорожнього руху його учасниками та за правомірністю експлуатації транспортних засобів на вулично-дорожній мережі.
7. Супроводження транспортних засобів у випадках, передбачених законом.

Організація надання екстреної медичної допомоги поліцейським забезпечення санітарно-епідемічного благополуччя підрозділів силових структур при виконанні ними оперативно-службових завдань під час ліквідації наслідків надзвичайних ситуацій техногенного, природного, соціального та воєнного характеру (далі - надзвичайні ситуації), припинення групового порушення громадської безпеки і порядку чи масових заворушень, здійснюється шляхом

організації медичного забезпечення за допомогою позаштатних мобільних медичних формувань.

Мобільні медичні формування (далі – ММФ) створюються на базі територіальних медичних об'єднань МВС України по областях.

До базового складу ММФ входять:

- 1) мобільна медична бригада у складі лікаря, фельдшера (медичної сестри);
- 2) санітарно-протиепідемічна група у складі лікаря-гігієніста та лікаря-епідеміолога;
- 3) спеціалізована хірургічна бригада у складі двох лікарів-хірургів, лікаря-анестезіолога, медичної сестри операційної, медичної сестри;
- 4) спеціалізована психіатрична бригада у складі лікаря-психіатра, лікаря-психолога (практичного психолога), медичної сестри.

ММФ призначені для надання екстреної медичної допомоги на догоспітальному етапі постраждалим – здійснення невідкладних організаційних, діагностичних та лікувальних заходів, спрямованих на врятування і збереження життя людини у невідкладному стані та мінімізацію наслідків впливу такого стану на її здоров'я; та забезпечення санітарно-епідемічного благополуччя в місцях тимчасової дислокації підрозділів поліції та НГУ при ліквідації наслідків надзвичайних ситуацій.

Основними завданнями мобільної медичної бригади є:

1. забезпечення постійної готовності до виконання завдань за призначенням;
2. здійснення медичного сортування з визначенням черговості та порядку надання екстреної медичної допомоги постраждалим;
3. надання екстреної медичної допомоги на догоспітальному етапі постраждалим відповідно до стандартів, затверджених Міністерством охорони здоров'я України;
4. амбулаторне лікування постраждалих;
5. тимчасова ізоляція постраждалих з підозрою на інфекційне захворювання;
6. медична евакуація постраждалих до територіальних лікувальних закладів незалежно від форми власності та відомчої належності;
7. організація взаємодії з місцевими органами охорони здоров'я та лікувально-профілактичними закладами області;
8. здійснення обліку отриманих і використаних лікарських засобів та медичних виробів;
9. ведення встановленої обліково-звітної та медичної документації.

Основними завданнями санітарно-протиепідемічної групи є:

1. забезпечення постійної готовності до виконання завдань за призначенням;
2. проведення ретроспективного та оперативного аналізу інфекційної захворюваності населення в районі надзвичайної ситуації;
3. здійснення санітарного нагляду за умовами розміщення, харчування, водопостачання, банно-прального обслуговування особового складу, який залучений до виконання завдань за призначенням;
4. проведення відбору проб для санітарно-хімічних, радіологічних та мікробіологічних досліджень ґрунту, харчових продуктів, готових страв, води, змивів з об'єктів навколишнього середовища;

5. здійснення моніторингу за санітарно-епідемічною ситуацією, аналізу її розвитку та оцінки ризиків (можливість виникнення та вірогідні масштаби наслідків від негативного впливу небезпечних факторів на здоров'я особового складу підрозділів поліції та НГУ, залучених до ліквідації наслідків надзвичайної ситуації);
6. введення, при необхідності, режимно-обмежувальних заходів та контроль за їх виконанням;
7. проведення профілактичної роботи серед особового складу з метою недопущення спалахів інфекційних захворювань;
8. ведення відповідної медичної обліково-звітної документації.

Особовий склад і матеріально-технічна база ММФ повинні постійно знаходитись у готовності до дій за призначенням, що досягається необхідним рівнем професійної підготовки працівників, повнотою забезпеченості ММФ лікарськими засобами, медичними виробами, іншим майном, обладнанням та технікою.

Матеріально-технічна база ММФ визначається Табелем оснащення, який розробляється згідно з Примірним переліком оснащення мобільних медичних формувань закладів охорони здоров'я МВС, затвердженим Управлінням охорони здоров'я та реабілітації МВС України (далі – УОЗР МВС).

При потребі перелік лікарських засобів та медичних виробів, їх кількість може доповнюватися в залежності від виду надзвичайної ситуації та її розвитку.

Медичне майно ММФ утримується окремо від іншого медичного майна в укладках, пакувальних ящиках з відповідним маркуванням з дотриманням температурного режиму та рівня вологості. Поповнення, оновлення здійснюється регулярно за рахунок медичного майна поточного постачання. Зберігання лікарських засобів та медичних виробів з терміном придатності до використання менше 3 місяців забороняється.

Сильнодіючі засоби, які входять до Примірного переліку оснащення мобільних медичних формувань закладів охорони здоров'я МВС зберігаються окремо в металевих сейфах з дотриманням умов зберігання, використання та списання таких засобів. Повірка, сервісне обслуговування, ремонт медичної апаратури, що входить до комплектації ММФ, проводиться у терміни, визначені у технічних паспортах (формулярах) на ці вироби.

Місця розгортання ММФ у зоні надзвичайної ситуації визначає керівник оперативного штабу, утвореного відповідно до вимог чинного законодавства в районі надзвичайної ситуації. ММФ розгортаються власними та приданими силами у пневмокаркасних (металокорпусних) модулях (наметах) або в пристосованих приміщеннях (додаток 1).

Місця їх розгортання визначаються з урахуванням навколишньої санітарно-епідемічної ситуації, особливості місцевості, дорожніх шляхів, метеорологічних та інших умов, які виключають вплив негативних чинників на роботу медичних формувань.

ММФ можуть розгортатися та виконувати завдання як в автономному режимі так і у складі зведеного медичного підрозділу - мобільного медичного пункту, відповідно до принципової схеми розгортання, залежно від масштабів і особливостей надзвичайної ситуації, що прогнозується або виникла. Місця їх дислокації позначаються покажчиком «Мобільний медичний пункт» (Мобільна медична бригада) та білим прапором на флагштоці з медичною емблемою у вигляді «сніжинки». Очолює роботу мобільного медичного пункту керівник мобільної медичної бригади або мобільного медичного формування на базі якого нарощуються сили та засоби.

ММФ забезпечують роботу наступних функціональних елементів:

1) **приймально-сортувального** - призначеного для прийому, медичного сортування, надання екстреної медичної допомоги постраждалим, що не потребують подальшого лікування або обсервації (ізоляції); медичне сортування проводиться на окремому майданчику із застосуванням кольорових килимків (червоний, жовтий, зелений, чорний), що визначають черговість надання медичної допомоги;

2) **надання медичної допомоги** - проведення встановлених на догоспітальному етапі медичних втручань в обсязі екстреної, первинної медичної допомоги та окремих видів вторинної (за життєвими показниками) постраждалому в разі поранення, травми, отруєння або гострого захворювання, які загрожують його здоров'ю та життю; обсяг надання медичної допомоги визначається з урахуванням медичної обстановки, яка склалася, та кількості і структури санітарних втрат (прогнозованих медико-санітарних наслідків);

3) **обсерваційного** - для тимчасової, не більше доби, обсервації (ізоляції) хворих з підозрою на інфекційне захворювання, надання медичної допомоги хворим з гострими інфекційними захворюваннями;

4) **евакуаційного** - призначеного для підготовки особового складу та постраждалих, встановлення черги і порядку їх медичної евакуації; медична евакуація постраждалих здійснюється наявним санітарним транспортом та/або іншими транспортними засобами визначеними планами взаємодії;

5) **превентивного** - для забезпечення санітарно-епідемічного благополуччя.

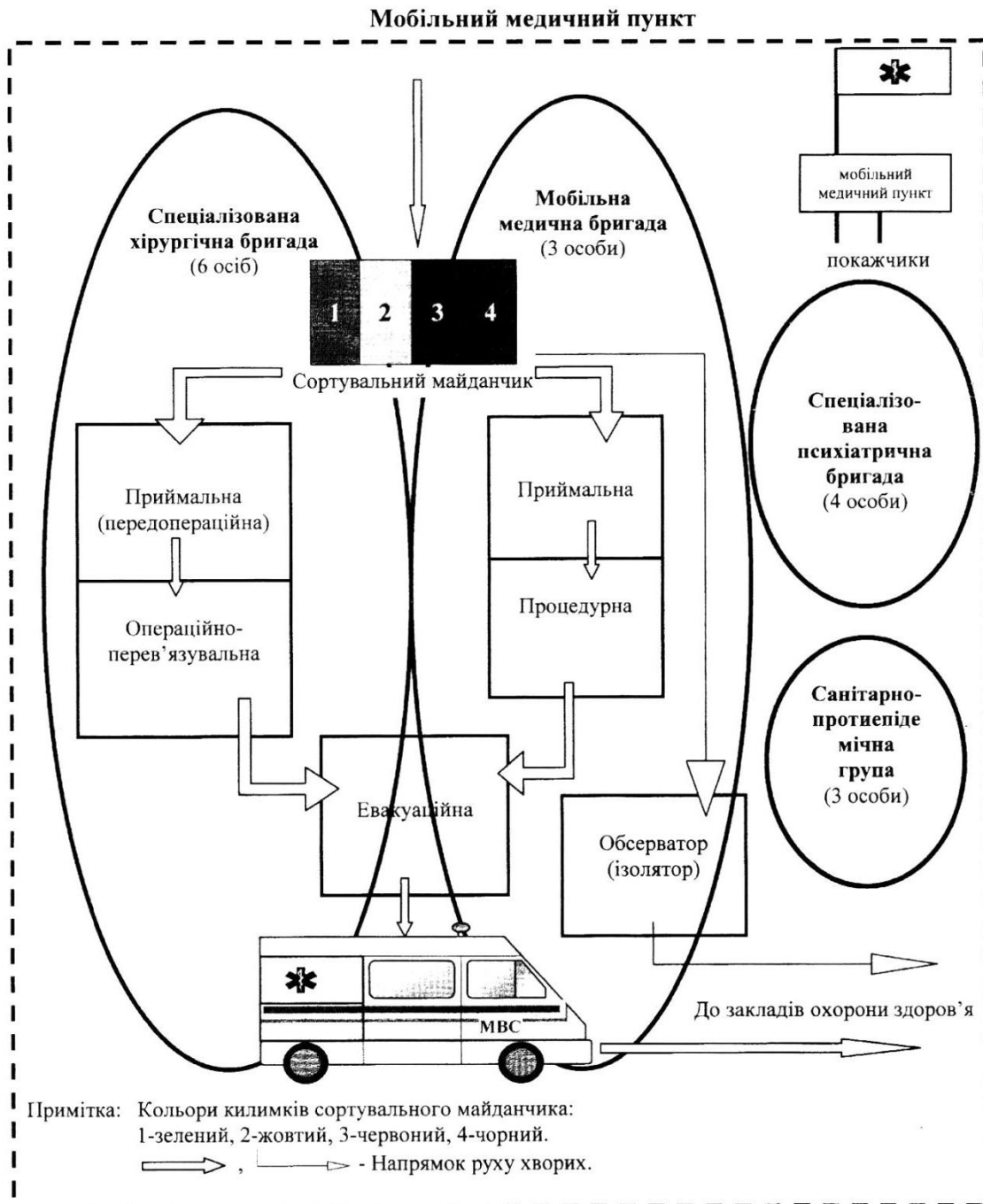
Для підтримання ММФ в готовності до виконання завдань за призначенням, злагоджених дій в умовах надзвичайних ситуацій, з членами формуваннями проводяться командно-штабні та тактико-спеціальні навчання.

Таким чином, своєчасна, якісна та повноцінна екстрена медична допомога поліцейським Національної поліції України та військовослужбовцям Національної гвардії України при виконанні ними оперативно-службових завдань під час ліквідації наслідків надзвичайних ситуацій техногенного, природного, соціального та воєнного характеру безпосередньо залежить від рівня теоретичної та практичної підготовки членів мобільних медичних формувань, повноцінного забезпечення їх медикаментами та медичним обладнанням, засобами індивідуального захисту, санітарним та евакуаційним авто- і авіатранспортом, засобами зв'язку, здійснення швидкого сортування та евакуації потерпілих до спеціалізованих лікувальних закладів.

Завчасне вирішення цих питань у повному об'ємі дасть змогу значним чином зменшити втрати особового складу силових структур, що в свою чергу забезпечить належну охорону громадського порядку, охорону та повноцінне проведення аварійно-рятувальних робіт в зоні надзвичайних подій, збереження життя і здоров'я громадян України.

Додаток 1

ПРИНЦИПОВА СХЕМА
розгортання мобільних медичних формувань закладів охорони здоров'я МВС



Використана література

1. Про екстрену медичну допомогу : Закон України від 05.07.2012 № 5081-VI. Відомості Верховної Ради України, 2013, № 30, ст.340.

2. Новий клінічний протокол «Екстрена медична допомога: догоспітальний етап» : затв.наказом МОЗ України від 05.06.2019 № 1269, <https://moz.gov.ua>, 05.06.2019, 317 ст.
3. Порядок медичного забезпечення поліцейських та військовослужбовців Національної гвардії України при виконанні оперативно-службових завдань під час подолання наслідків надзвичайних ситуацій, припинення групового порушення громадської безпеки і порядку чи масових заворушень : затв.наказом МВС України від 07.11.2017 № 910, <https://mvs.gov.ua>, 07.11.2017, 25 ст.
4. Методичні рекомендації з організації роботи мобільних медичних формувань : Управління охорони здоров'я та реабілітації МВС України, м.Київ. МВС України, 04.03.2019 № 33/1-551, 11ст.
5. Перша медична (екстрена) допомога з елементами тактичної медицини на догоспітальному етапі в умовах надзвичайних ситуацій : Тарасюк В.С., Матвійчук М.В. Паламар М.В., Поляруш В.В., Корольова Н.Д., Подолян В.М. Малик С.Л., Кривецька Н.В.. – Київ, Медицина, 2015, 368 ст.

ПРАВОВІ ТА ОРГАНІЗАЦІЙНІ ОСНОВИ НАДАННЯ ЕКСТРЕНОЇ ТА НЕВІДКЛАДНОЇ ДОПОМОГИ ПІД ЧАС ПАНДЕМІЇ COVID-19

Терзі О. О., д.ю.н., доцент, Кривда Г.Ф., д.м.н., професор

Одеський національний медичний університет, кафедра судової медицини

Вступ. Пандемія COVID-19 стала важким тягарем для систем охорони здоров'я у всьому світі. Попит на послуги закладів охорони здоров'я та медико-санітарних працівників, що швидко зростає, загрожує перевищити можливості систем охорони здоров'я держав, внаслідок чого вони не зможуть ефективно працювати. «Найкращим знаряддям захисту від спалаху будь-якої хвороби є сильна система охорони здоров'я», – наголошує Генеральний директор ВООЗ Тедрос Гебрейсус, – «COVID-19 показує, наскільки неміцними є системи охорони здоров'я багатьох держав світу, що змушує держави приймати важкі рішення щодо того, як найбільш ефективно задовольнити потреби населення» [1]. У чверті держав виникав збій у роботі служб екстреної допомоги [2]. Наприклад, у роботі цілодобової невідкладної допомоги – у 22 відсотках держав, пунктів переливання крові – у 23 відсотках, майже у кожній п'ятій державі виникали проблеми навіть із проведенням термінових хірургічних операцій [2]. ВООЗ акцентує, що до основних послуг у сфері охорони здоров'я, які повинні бути пріоритетними для держави належить надання невідкладної медичної допомоги [1].

Щодо діяльності ВООЗ у сфері співробітництва з підтримки екстреної допомоги у державах-членах у 2020 році сприяла підвищенню доступності кваліфікованих, готових до швидкого розгортання, сертифікованих та в основному самодостатніх бригад екстреної медичної допомоги для швидкого нарощування сил та засобів за допомогою понад 100 координаторів надзвичайних медичних бригад по всьому світу. Надзвичайні медичні бригади тісно співпрацювали з секретаріатом програми надзвичайних медичних бригад ВООЗ для реалізації та моніторингу операцій екстреного реагування у контексті COVID-19. ВООЗ і надалі підтримуватиме національні регулюючі органи у справі

формування механізмів регулювання, нагляду та оцінки продукції за допомогою попереднього схвалення та включення до переліку коштів для екстреного використання.

Метою статті є аналіз правових та організаційних основ надання екстреної та невідкладної допомоги під час пандемії COVID-19 в Україні.

Матеріали і методи. Методи дослідження вибрані з урахуванням поставленої мети дослідження. Для встановлення об'єктивності та обґрунтованості наукових положень, висновків, під час проведеного дослідження використовувався комплекс загальнонаукових та спеціальних наукових методів, зокрема таких, як: формально-юридичний метод використовувався для проведення аналізу юридичного змісту основ надання екстреної та невідкладної допомоги під час пандемії COVID-19 в Україні; за допомогою порівняльно-правового методу з'ясовано підходи законодавства іноземних держав до правових та організаційних основ надання екстреної та невідкладної допомоги під час пандемії COVID-19; метод прогнозування і моделювання використовувався для розроблення практичних рекомендацій щодо підвищення ефективності правових та організаційних основ надання екстреної та невідкладної допомоги під час пандемії COVID-19; метод системного аналізу дозволив дослідити правові та організаційні основи надання екстреної та невідкладної допомоги під час пандемії COVID-19 в Україні; історико-правовий метод дозволив виявити особливості еволюції правових та організаційних основ надання екстреної та невідкладної допомоги під час пандемії COVID-19 в Україні. Використано також науково-евристичний потенціал таких філософських методів дослідження, як аналіз, синтез, дедукція, індукція, абстрагування тощо.

Результати. Відповідно до Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» 1993 року «Екстрена медична допомога – медична допомога, яка полягає у здійсненні медичними працівниками відповідно до закону невідкладних організаційних, діагностичних та лікувальних заходів, спрямованих на врятування та збереження життя людини у невідкладному стані та мінімізацію наслідків впливу такого стану на її здоров'я» (стаття 35). Спеціальним законом, який регулює надання екстреної медичної допомоги є Закон України «Про екстрену медичну допомогу» 2013 року, саме частина 1 статті 3 встановлює, що «На території України кожен громадянин України та будь-яка інша особа мають право на безоплатну, доступну, своєчасну та якісну екстрену медичну допомогу, яка надається відповідно до цього Закону». Перш за все, в Україні екстрена медична допомога надається усім, хто знаходиться під юрисдикцією України. Дане положення Закону створює механізм забезпечення право на здоров'я гарантований Конституцією України. Саме стаття 49 Конституції України гарантує кожному право на охорону здоров'я і медичну допомогу. Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» 1993 року у частині 2 статті 8 встановлює, що кожен громадянин має право на безоплатне отримання у державних та комунальних закладах охорони здоров'я медичної допомоги, до якої належать і екстрена медична допомога. Слід наголосити, що положення Закону 1993 року, значно звужує перелік осіб, які

можуть отримати в Україні екстрену медичну допомогу, тобто лише громадяни України, таким чином іноземці та апатриди не мають такої можливості.

Основні засади організації та функціонування системи екстреної медичної допомоги викладені у статті 5 Закону України «Про екстрену медичну допомогу» 2013 року. Так, система екстреної медичної допомоги в областях і місті Києві складається з центрів екстреної медичної допомоги та медицини катастроф, станцій екстреної (швидкої) медичної допомоги, бригад екстреної (швидкої) медичної допомоги, відділень екстреної (невідкладної) медичної допомоги. Також, Закону України «Про екстрену медичну допомогу» 2013 року встановлює завдання системи екстреної медичної допомоги, зокрема: 1) надання доступної, безоплатної, своєчасної та якісної екстреної медичної допомоги відповідно до вказаного Закону, у тому числі під час виникнення надзвичайних ситуацій та ліквідації їх наслідків; 2) забезпечення медико-санітарного супроводу масових заходів та заходів за участю осіб, стосовно яких здійснюється державна охорона; 3) забезпечення взаємодії з аварійно-рятувальними підрозділами міністерств, інших центральних та місцевих органів виконавчої влади під час виникнення надзвичайних ситуацій та ліквідації їх наслідків.

Система екстреної медичної допомоги здійснює свою діяльність ґрунтуючись на принципах: 1) постійна готовність до надання екстреної медичної допомоги; 2) оперативне та цілодобове реагування на виклики екстреної медичної допомоги; 3) доступність та безоплатність екстреної медичної допомоги, її своєчасність, якість та пріоритетність; 3) послідовність та безперервність надання екстреної медичної допомоги та її відповідність єдиним вимогам; 4) регіональна екстериторіальність.

Дискусія (обговорення). У преамбулі Закону України «Про екстрену медичну допомогу» 2013 року вказано в яких умовах він діє з деталізацією на надзвичайні ситуації та ліквідації їх наслідків. Пандемія COVID-19 під час першої хвилі стала неочікуваною та «стресовою» для системи охорони здоров'я України, проте саме своєчасна, ефективна, професійна екстрена та невідкладна допомога є необхідним та важливим елементом в системі забезпечення охорони здоров'я, що створює умови для реалізації права на здоров'я. Необхідно зазначити, що саме на центральні органи виконавчої влади покладається обов'язок визначити єдині вимоги та критерії до закладів охорони здоров'я системи екстреної медичної допомоги та їх структурних одиниць, а також до закладів охорони здоров'я, які можуть бути залучені до надання екстреної медичної допомоги у разі виникнення надзвичайних ситуацій та ліквідації їх наслідків. У 2021 році Кабінет Міністрів України затвердив «Порядок взаємодії закладів охорони здоров'я, що входять до системи екстреної медичної допомоги, з аварійно-рятувальними службами та підрозділами центральних та інших органів виконавчої влади, органів влади Автономної Республіки Крим, органів місцевого самоврядування під час виникнення надзвичайних ситуацій та ліквідації їх наслідків».

Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» 1993 року встановлює у частині 1 статті 27, що санітарно-епідемічне благополуччя територій і населених пунктів забезпечується системою державних стимулів та регуляторів.

Постановою Кабінету Міністрів України від 21 листопада 2012 року № 1118 були внесені зміни до Порядку інформування бригад екстреної (швидкої) медичної допомоги про виклик екстреної медичної допомоги та їх направлення на місце події.

Міністерство охорони здоров'я України 28 березня 2020 року прийняло наказ № 722 «Організація надання медичної допомоги хворим на коронавірусну хворобу (COVID-19)», яким були затверджені «Стандарт екстреної медичної допомоги "Коронавірусна хвороба (COVID-19)"», «Стандарти медичної допомоги "Коронавірусна хвороба (COVID-19)"» і «Стандарт фармацевтичної допомоги "Коронавірусна хвороба" (COVID-19)». У «Стандарті екстреної медичної допомоги "Коронавірусна хвороба (COVID-19)"» вказується, що з пацієнтом, котрий звернувся за екстреною медичною допомогою, проводиться опитування відповідно до алгоритму опитування особи з підозрою на COVID-19 диспетчером центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф. Якщо під час опитування відсутні покази до виїзду бригади, то пацієнту надаються відповідні рекомендації. Якщо наявні покази до виїзду бригади до пацієнтів із підозрою на COVID-19, бригада, застосовуючи засоби індивідуального захисту, проводить обстеження, встановлює попередній діагноз та ступінь важкості захворювання і наявність показань до госпіталізації. Пацієнтам, які не мають показань до госпіталізації, надаються поради по самоізоляції та звернення до сімейного лікаря (а при відсутності сімейного лікаря - до регіональної/національної гарячої лінії COVID-19). Пацієнти, у яких наявні покази до госпіталізації, транспортуються бригадою центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф у визначений у регіоні заклад охорони здоров'я. Також Стандартом визначені обов'язкові критерії якості, які під час диспетчеризації проводиться опитування відповідно до алгоритму опитування особи з підозрою на COVID-19 диспетчером центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф: 1) визначаються ознаки невідкладного стану людини; 2) виявляються симптоми, які вказують на наявність COVID-19; 3) збирається інформація щодо контакту з хворим на COVID-19; 4) збирається інформація щодо визначення групи ризику; 5) отримана диспетчером інформація надається бригаді у повному обсязі; 6) надаються рекомендації особі, яка телефонує, задля зменшення ризику інфікування персоналу бригади центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф.

Кабінет Міністрів України ухвалив Постанову «Деякі питання організації роботи оперативно-диспетчерських служб центрів екстреної медичної допомоги та медицини катастроф» від 28 грудня 2020 року № 1359, встановивши порядок роботи оперативно-диспетчерських служб центрів екстреної медичної допомоги та медицини катастроф

Міністерство охорони здоров'я України ухвалило Наказ «Про затвердження Переліку причин звернень та скарг про необхідність надання екстреної медичної допомоги» від 16 лютого 2021 року № 263 відповідно до якого затвердження перелік причин звернень та скарг про необхідність надання екстреної медичної допомоги. Перелік побудований таким чином: головна скарга; режим реагування; стан дихання; стан свідомості; стан потерпілого; опис ситуації; коди. Наказ

Міністерства охорони здоров'я України № 263 визначив обов'язки диспетчерів оперативно-диспетчерських служб центрів екстреної медичної допомоги та медицини катастроф щодо дотримування даного переліку.

Постановою № 339 від 9 березня 2021 року Кабінет Міністрів України ухвалив «Порядок використання коштів, передбачених у державному бюджеті на 2021 рік на розвиток системи екстреної медичної допомоги та модернізацію і оновлення матеріально-технічної бази закладів охорони здоров'я», «Порядок здійснення заходів щодо забезпечення розвитку системи екстреної медичної допомоги у 2021 році» і «Перелік медичних виробів та допоміжних засобів до них, систем медичних виробів, процедурних наборів, що закуповуються за кошти державного бюджету в межах здійснення заходів щодо забезпечення розвитку системи екстреної медичної допомоги у 2021 році».

18 серпня 2021 року був ухвалений Указ Президента України №369/2021 «Про рішення Ради національної безпеки і оборони України від 30 липня 2021 року "Про стан національної системи охорони здоров'я та невідкладні заходи щодо забезпечення громадян України медичною допомогою"», яким встановлювалося Кабінету Міністрів України забезпечити до 1 грудня 2021 року розроблення та затвердження Стратегічного плану розвитку системи охорони здоров'я населення на період до 2030 року, визначивши строки, відповідальних за виконання та чіткі механізми для забезпечення рівного доступу громадян України до своєчасної, безпечної та **якісної екстреної**, первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої), паліативної медичної допомоги та реабілітації у сфері охорони здоров'я, передбачивши, включаючи створення умов для можливості застосування міжрегіональних клінічних маршрутів пацієнта при наданні екстреної медичної допомоги.

Міністерство закордонних справ України підготувало пам'ятку «Щодо надання медичної допомоги іноземним громадянам у випадках, пов'язаних з COVID-19: рекомендації Міністерства охорони здоров'я України» [3], в якій зазначається, що іноземцям та особам без громадянства, які тимчасово проживають або перебувають на території України, медична допомога надається на платній основі, якщо інше не передбачено міжнародними договорами чи законами України відповідно до пункту 2 Постанови КМУ від 19 березня 2014 року № 121. Таким чином, іноземні громадяни, які перебувають на території України, зобов'язані мати поліс медичного страхування для отримання медичної допомоги та/або заключити договір із закладами охорони здоров'я для отримання медичної допомоги. Також у пам'ятці вказується, що у разі виникнення симптомів пов'язаних із інфекційною хворобою COVID-19, іноземні громадяни можуть звертатися до страхових кампаній та визначених, ними закладів охорони здоров'я, якими укладені відповідні договори. Працівники закладів охорони здоров'я, які працюють на території України та мають відповідну ліцензію Міністерства охорони здоров'я України, обізнані та поінформовані щодо алгоритмів реагування, діагностики та лікування COVID-19, відповідно що наказів Міністерства охорони здоров'я України №185, № 292 та № 552. Відповідно, у випадку підозри на інфекційну хворобу COVID-19, пацієнт

перенаправляється до однієї із визначених інфекційних лікарень відповідно до місця перебування пацієнта. Дві таких лікарні визначені місцевими органами виконавчої влади у кожній області. Транспортування пацієнта може бути здійснено бригадою екстреної медичної допомоги, яка відповідно підготовлена для транспортування таких пацієнтів.

У випадку звернення іноземного громадянина за наданням екстреної медичної допомоги у зв'язку із інфекційною хворобою COVID-19, пацієнта також транспортує відповідна бригада екстреної медичної до однієї із визначених опорних інфекційних лікарень. Надання медичних послуг і лікарських засобів, пов'язаних із наданням екстреної медичної допомоги оплачується за рахунок коштів державного бюджету за програмою державних гарантій медичного обслуговування населення (програмою медичних гарантій). Водночас, іноземці або особи без громадянства, які тимчасово проживають або перебувають на території України, зобов'язані компенсувати державі їх повну вартість відповідно до закону.

Всесвітня організація охорони здоров'я зазначає, що протоколом направлення пацієнтів з COVID-19, в якому зазначені належні умови лікування пацієнтів з легким та помірно тяжким (при малому ризику) перебігом COVID-19, може дозволятися медична допомога в умовах громади, в установі громади або вдома, а для пацієнтів з тяжким перебігом захворювання або перебувають у критичному стані – допомога у стаціонарах, у яких є можливість надання **базової екстреної допомоги** та проведення інтенсивної терапії (включаючи моніторинг, оксигенотерапію та сучасну респіраторну підтримку) та фармакотерапії (тобто застосування кортикостероїдів) [4]. Також ВОЗ наголошує включення надання планової та екстреної допомоги населенню до національних планів дій протидії COVID-19. У резолюції ВОЗ «Відповідь COVID-19» наголошується на необхідності підтримання постійного функціонування усієї системи охорони здоров'я держави [5, с. 92].

Висновки. Пандемія COVID-19 стала ще одним викликом для системи охорони здоров'я України і не тільки [6, р. 238]. Додаткове навантаження лягло і на екстрену та невідкладну медичну допомогу. Під час хвиль поширення COVID-19 посилюється і необхідність в наданні екстреної медичної допомоги, а відповідно умови її надання чітко встановленні на законодавчому рівні в Україні.

Список літератури

1. ВОЗ опубліковані рекомендації странам по сохранению основных услуг здравоохранения в период пандемии COVID-19. URL: <https://www.who.int/ru/news/item/30-03-2020-who-releases-guidelines-to-help-countries-maintain-essential-health-services-during-the-covid-19-pandemic>
2. ВОЗ: COVID-19 бьет по системам здравоохранения - как смягчить удар. URL: <https://news.un.org/ru/story/2020/08/1384832>
3. Щодо надання медичної допомоги іноземним громадянам у випадках, пов'язаних з COVID-19: рекомендації Міністерства закордонних справ України. URL: <https://mfa.gov.ua/news/shchodo-pitan-nadannya-medichnoyi-dopomogi>

[inozemnim-gromadyanam-u-vipadkah-povyazanih-z-covid-19-rekomendaciyi-ministerstva-ohoroni-zdorovya-ukrayini](#)

4. Руководство по оперативному планированию. COVID-19. Стратегический план по обеспечению готовности и реагирования. URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/341451/WHO-WHE-2021.03-rus.pdf>

5. Хендель Н. В. Діяльність Всесвітньої асамблеї охорони здоров'я ВООЗ у боротьбі з поширенням COVID-19 / Український часопис міжнародного права: науково-практичний журнал, 2020, № 2. С. 91-95.

6. Terzi O. O., Gladchuk I. Z., Shpak I. V. Psychological Rehabilitation During a Coronavirus Pandemic. Legal Aspects / Acta Balneologica. Tom LXIII Number 3 (164)/2021. P. 238-241.

**ПРОБЛЕМА СИНКОПАЛЬНИХ СТАНІВ НА ХІРУРГІЧНОМУ
СТОМАТОЛОГІЧНОМУ ПРИЙОМІ В УМОВАХ ПОЛІКЛІНІКИ***Гоголь А.М., Панькевич А.І., Колісник І.А.*

Полтавський державний медичний університет

В структурі невідкладних станів, які зустрічаються на амбулаторному хірургічному прийомі, вагомий відсоток займає непритомність (втрата свідомості, синкопе). За нашими спостереженнями на базі кафедри пропедевтики хірургічної стоматології (КП «Полтавський обласний центр стоматології – обласна стоматологічна поліклініка) синкопальний стан спостерігається у 3-4 % пацієнтів від їх загальної кількості. Враховуючи особливості амбулаторного прийому та складність диференційної діагностики невідкладного стану, непритомність пацієнта створює цілу низку проблем організаційного характеру в роботі хірурга-стоматолога і потребує логічного алгоритму вирішення проблеми в конкретній клінічній ситуації. Тому є необхідність акцентувати увагу на певних клінічних аспектах профілактики та надання невідкладної допомоги при втраті свідомості.

Значні труднощі щодо з'ясування причин синкопальних станів зумовлені не тільки епізодичним характером непритомностей та їх короткочасністю, але й різноманіттям причин і механізмів їх розвитку. Згідно сучасних класифікацій виділяють наступні види синкопальних станів:

- 1) неврогенні непритомності: психогенні, іритативні, дезадаптаційні, дисциркуляторні;
- 2) соматогенні непритомності: кардіогенні, вазодепресорні, анемічні, гіпоглікемічні, респіраторні;
- 3) синкопальні стани при екстремальних впливах: гіпоксичні, гіповолемічні, інтоксикаційні, медикаментозні, гіпербаричні;
- 4) такі, що рідко виникають і поліфакторні синкопальні стани: ніктуричні, кашльові.

Синкопе може мати як первинно неврогенний генез, так і бути зумовлене соматичними захворюваннями. Хірург-стоматолог не має об'єктивно цілісного уявлення про загальний стан здоров'я пацієнта і в переважній більшості спирається на анамнестичні дані. При вивченні сімейного анамнезу у родичів можна діагностувати серцево-судинну патологію, судинно-вегетативні порушення, рідше — епілепсію та параепілептичні феномени. Підґрунтям, що зумовлює виникнення синкопальних станів, є диспластичний розвиток чи перинатальна патологія, який відзначається за даними науковців у 63% пацієнтів із непритомністю. В цій ситуації необхідно наголосити на наявності цілого ряду індивідуальних ознак, які можуть допомогти лікарю у передбаченні виникнення синкопальної реакції. Поєднання у них 5–7 стигм може свідчити про високу ймовірність дисплазії нервової системи як можливого патогенетичного фактора розвитку синкопальних станів. Найчастіше відзначають такі дефекти, як неправильна будова стоп, вузьке високе піднебіння, неправильне розташування та форма зубів, деформації грудної

клітки, невідповідність мозкового і лицьового відділів черепа, зміна форми, величини та розміщення вушних раковин, гетерохромія райдужки тощо.

Застосування вазоактивних речовин під час місцевого знеболення в стоматології є одним з факторів в реалізації патогенезу непритомності. Тому, після з'ясування анамнезу і виявлення об'єктивних даних, що свідчать про значну імовірність розвитку синкопе, краще відмовитись по можливості від анестетиків з максимальною концентрацією вазоконстрикторів.

У нашій практичній діяльності є група пацієнтів, яку реагують пресинкопальною реакцією на першу ін'єкцію під час кожного відвідування, при тому, що кожна наступна переноситься ними цілком адекватно. Поряд з тим є спостереження, коли у пацієнта спостерігається непритомність при кожному відвідуванні стоматолога, незалежно від того проводилась чи ні місцева анестезія. Ретельний збір анамнезу з'ясував, що така ситуація, за словами пацієнта, виникла після отриманої черепно-мозкової травми. В цьому випадку є обґрунтування для діагностики у пацієнта синкопального синдрому і відповідно для спрямування його на обстеження та лікування до вузькопрофільного спеціаліста.

На фоні загальних для всіх непритомностей клінічних проявів пресинкопального стану при окремих синкопе вдається відзначити деякі його особливості, важливі для диференційної діагностики. Так, при кардіогенних непритомностях можливі біль і неприємні відчуття в ділянці серця, відчуття нестачі повітря, завмирання, зупинки серця. У пацієнтів із непритомноподібними епілептичними пароксизмами перед розвитком втрати свідомості можливе виникнення відчуття «великої голови», немотивованого страху, смакових і слухових порушень, болю в животі з позивом до дефекації тощо. Розвиток інтенсивного больового синдрому в епігастральній ділянці чи за грудиною у поєднанні з відчуттям нестачі повітря відзначають під час непритомності при ковтанні. Особливий кашель характерний для бетолепсії (кашльові непритомності). При синкопальних станах, зумовлених вертебрально-базилярною судинною недостатністю, на стадії провісників відзначають наростаюче системне запаморочення, головний біль із локалізацією в потиличній ділянці, нудоту, можливі зорові порушення у вигляді мерехтливих скотом, геміанопсії і т.п.

Зазначені обставини потребують від лікаря ретельного аналізу характеру, ступеню вираженості та тривалості клінічних проявів на всіх стадіях синкопального стану з метою подальшого направлення пацієнта на обстеження до лікарів-інтерністів для відповідної підготовки перед відвідуванням стоматолога. Знання домінуючої патогенетичної ланки в генезі синкопе у пацієнта надає можливість для логічного розуміння індивідуального підходу у наданні невідкладної допомоги.

ОЦІНКА ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАНУ ПАЦІЄНТІВ НА АМБУЛАТОРНОМУ СТОМАТОЛОГІЧНОМУ ПРИЙОМІ

Горай М.А., Гаджула Н.Г., Курдиш Л.Ф., Мунтян О.В., Федик Т.В.

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

Кафедра терапевтичної стоматології

Гострий глибокий карієс зубів, захворювання пульпи супроводжуються больовими відчуттями різного характеру й інтенсивності з вираженими змінами у системі гемодинаміки та мікроциркуляції пульпи, тому будь-які втручання при їх лікуванні потребують анестезіологічного супроводу. Місцева анестезія залишається основним методом знеболення на амбулаторному стоматологічному прийомі та використовується у 96% випадків. Вона є найбільш безпечним і ефективним методом контролю за больовими відчуттями. Її основними характеристиками є швидкість настання, глибина, тривалість, максимальна ефективність.

Перед проведенням знеболення і стоматологічним втручанням пацієнти часто відчувають страх, напруження, тривогу, які можуть призвести до порушення загального стану організму. Тому, оцінка психологічного стану пацієнта перед лікуванням, створення комфортних умов при наданні стоматологічної допомоги і корекція психоемоційного стану пацієнтів набувають провідного значення при проведенні лікування. 84% пацієнтів під час стоматологічного прийому відчувають виражену психоемоційну напругу, яка супроводжується вегетативними порушеннями. Не зважаючи на те, що більшість стоматологічних маніпуляцій проводиться амбулаторно, найбільшу небезпеку з ускладнень представляють зміни з боку церебрального кровообігу, інфаркт міокарда, стійкі порушення ритму серцевої діяльності. Більшість реакцій з боку серцево-судинної системи пов'язані з використанням вазоконстрикторів в комплексі з анестетиком, які, як правило, супроводжуються різкими змінами частоти серцевих скорочень (ЧСС) та артеріального тиску. Через 15 хв після введення анестезії відбуваються зміни в серцево-судинній системі. Дія адреналіну на бета-рецептори 1 типу незначна, але вплив на бета-рецептори 2 типу запускає барорецепторний рефлекс, що призводить до вазодилатації та зниження периферичного опору, внаслідок чого відбувається збільшення ЧСС. За даними суб'єктивного опитування від 60% до 90% пацієнтів відчувають дискомфорт, пов'язаний зі зростанням ЧСС після введення анестетика.

Варто відзначити, що в більшості випадків циркуляторні показники повертаються до норми протягом 25 хвилин, а іноді знижуються до значень нижче середнього рівня. Моніторинг серцево-судинних показників не став частиною класичного дентального знеболення в клініці та останнім часом в стоматології набули широкого розповсюдження психологічні дослідження пацієнтів. Враховуючи найбільш поширену стоматологічну допомогу розроблені та впровадженні спеціальні скринінгові тестування. Важливим є визначення системно пов'язаних понять: тривоги, як емоційного стану, і тривожності, як фундаментальної особистісної характеристики, що призводить до психологічної дезадаптації у вигляді неврозоподібних розладів. Складність діагностики стану

тривоги, що відноситься до неспецифічних емоційних феноменів та проявляється у переважній більшості стоматологічних пацієнтів, диктує необхідність пошуку методики експрес-діагностики. Найбільш адаптованою до стоматологічного прийому є модифікаційна версія тесту Нормана Кора (MDAS), яка містить додаткове питання щодо місцевої анестезії, а також нову спрощену систему відповідей. Ми рекомендуємо проводити на останньому етапі збору анамнезу тестування респондентів за модифікованою шкалою Нормана Кора. Опитувальник містить 5 питань, які відображують психологічний стан респондентів у зв'язку з очікуванням стоматологічних втручань. Останнє присвячено відношенню респондента щодо проведення місцевого знеболення. Сума балів за цією шкалою складає від 5 до 25. Інтерпретація результатів: до 19 балів – “норма”, більше 19 балів – “виражена боязнь” стоматологічних втручань.

Модифікована шкала Нормана Кора (MDAS)

Уявіть, що на ЗАВТРА Вам призначений прийом у стоматолога. Як Ви себе почуваете?				
Не хвилююся зовсім <input type="checkbox"/>	Трохи хвилююся <input type="checkbox"/>	Досить сильно хвилююся <input type="checkbox"/>	Дуже сильно хвилююся <input type="checkbox"/>	Страшно хвилююся <input type="checkbox"/>
Уявіть, що Ви сидите в поліклініці в ОЧІКУВАННІ ВИКЛИКУ в кабінет стоматолога. Як ви себе почуваете?				
Не хвилююся зовсім <input type="checkbox"/>	Трохи хвилююся <input type="checkbox"/>	Досить сильно хвилююся <input type="checkbox"/>	Дуже сильно хвилююся <input type="checkbox"/>	Страшно хвилююся <input type="checkbox"/>
Уявіть, що лікар-стоматолог СВЕРЛИТЬ ВАМ ЗУБ. Як Ви себе почуваете?				
Не хвилююся зовсім <input type="checkbox"/>	Трохи хвилююся <input type="checkbox"/>	Досить сильно хвилююся <input type="checkbox"/>	Дуже сильно хвилююся <input type="checkbox"/>	Страшно хвилююся <input type="checkbox"/>
Уявіть, що лікар-стоматолог проводить ФІНІШНУ ОБРОБКУ ВАШОГО ЗУБА (шліфування, полірування). Як Ви себе почуваете?				
Не хвилююся зовсім <input type="checkbox"/>	Трохи хвилююся <input type="checkbox"/>	Досить сильно хвилююся <input type="checkbox"/>	Дуже сильно хвилююся <input type="checkbox"/>	Страшно хвилююся <input type="checkbox"/>
Уявіть, що лікар-стоматолог проводить Вам анестезію в ділянці великого кутнього верхнього зуба. Як Ви себе почуваете?				
Не хвилююся зовсім <input type="checkbox"/>	Трохи хвилююся <input type="checkbox"/>	Досить сильно хвилююся <input type="checkbox"/>	Дуже сильно хвилююся <input type="checkbox"/>	Страшно хвилююся <input type="checkbox"/>

Таблиця підрахунку балів: 1 – не хвилююся зовсім, 2 – трохи хвилююся, 3 – досить сильно хвилююся, 4 – дуже сильно хвилююся, 5 – страшно хвилююся.

Таким чином, застосування місцевої анестезії дає можливість усунути больові відчуття, проте, страх і тривога перед відвідуванням стоматолога

перешкоджають ефективному лікуванню хворих. Тому, застосування перед знеболенням експрес-тестів для оцінки психоемоційного стану пацієнтів є необхідним завданням кожного лікаря-стоматолога на амбулаторному прийомі.

РОЛЬ МІКРОБІОЛОГІЇ З ПРОФІЛАКТИКОЮ ІНФЕКЦІЙ У ПРОФЕСІЙНОМУ СТАНОВЛЕННІ ПАРАМЕДИКА

Дерев'яно Т.В., Звягольська І.М., Полянська В.П.

Полтавський державний медичний університет

Важливим завданням сучасної вищої медичної освіти є забезпечення високоякісної підготовки фахівців екстреної медицини – парамедиків, які повинні надавати широкий спектр рятувальних медичних послуг у невідкладному стані на догоспітальному етапі, своєчасно транспортувати потерпілого до медичних установ і попередити тяжкі ускладнення [2].

Навчальна дисципліна «Мікробіологія з профілактикою інфекцій» є однією з невід'ємних складових формування професійно-комунікативної компетентності майбутнього фахівця кваліфікації «Парамедик». Відповідно до вимог освітньо-професійної програми «Парамедик» першого (бакалаврського) рівня вищої освіти за спеціальністю 223 «Медсестринство» галузі знань 22 «Охорона здоров'я» освітня компонента «Мікробіологія з профілактикою інфекцій» вивчається здобувачами освіти на другому році навчання на кафедрі мікробіології, вірусології та імунології Полтавського державного медичного університету та забезпечує набуття ними інтегральних, загальних і фахових компетентностей [1].

До спеціальних (фахових) компетентностей, які отримують здобувачі освіти при вивченні мікробіології належать:

1. Застосування професійних навичок (вмінь), медичних засобів, втручань та дій для забезпечення пацієнтові/клієнтові гідного ставлення, приватної/інтимної/конфіденційності, захисту його прав, фізичних, психологічних та духовних потреб на засадах транскультурального медсестринства, толерантної та неосудної поведінки.
2. Здатність здійснювати медичні процедури і маніпуляції: інгаляції, ін'єкції; забезпечувати внутрішньо кістковий та периферичний внутрішньовенний доступи.
3. Здатність дотримуватися принципів медичної деонтології, забезпечувати збереження лікарської таємниці та постійно удосконалювати свій професійний рівень.

Передбачається, що після засвоєння мікробіології з профілактикою інфекцій формуються наступні програмні результати навчання (відповідно освітньо-професійній програмі):

1. Знати і розуміти анатомію, фізіологію та інші фундаментальні медичні науки, що лежать в основі професійної діяльності парамедика, на рівні, необхідному для досягнення інших результатів освітньої програми.
2. Здійснювати оцінку безпечності місця події, демонструвати забезпечення безпеки персоналу та пацієнта, застосування табельних засобів індивідуального захисту.

3. Знати і розуміти принципи інфекційної безпеки, збереження здоров'я при здійсненні догляду, виконанні маніпуляцій та процедур при переміщенні та транспортуванні постраждалого /пацієнта.
4. Використовувати навички критичного мислення для організації і надання екстреної медичної допомоги при масових випадках, у надзвичайних ситуаціях у мирний та воєнний час, у тому числі пов'язаних із викидом сильнодіючих отруйних речовин, небезпечних матеріалів та при інфекційних хворобах.
5. Вміти підготувати пацієнта, здійснити забір і скерування біологічного матеріалу на лабораторне та інструментальне дослідження (за списком 4).
6. Зберігати та примножувати моральні, культурні, наукові цінності і досягнення суспільства на основі розуміння історії та закономірностей розвитку суспільства.
7. Здатність до самонавчання та професійного розвитку.
8. Здатність застосовувати на практиці принципи етики та деонтології, розуміти соціальні наслідки професійної діяльності.

Освітньо-пізнавальний процес на кафедрі мікробіології, вірусології та імунології організований таким чином, щоб здобувачі освіти відчували сенс своєї обраної майбутньої професії у сфері екстреної медичної допомоги. З цією метою постійно та послідовно впроваджуються інноваційні технології та інтерактивні методи навчання фахівця-парамедика (зокрема, рольові ігри), які спрямовані на те, щоб студенти були озброєні не лише теоретичними знаннями, але й мали достатній практичний досвід, забезпечують їх творчу діяльність, створюють умови для підвищеної мотивації, емоційності, розвиваючи критичне мислення.

Таким чином, освітня компонента «Мікробіологія з профілактикою інфекцій» закладає фундамент необхідних знань, умінь та навичок для подальшого вивчення здобувачами освіти профільних навчальних дисциплін, спрямована та забезпечує професійну підготовку майбутніх висококваліфікованих фахівців-парамедиків.

Список літератури:

1. Звягольська І.М. Методичні аспекти викладання навчальної дисципліни «Мікробіологія з профілактикою інфекцій» для майбутніх фахівців-парамедиків / І.М. Звягольська, Т.В. Дерев'янка, Г.А. Лобань // Медична освіта. – 2021. – № 2 (додаток). – С.30-35.
2. Корда М.М. Освітньо-професійна програма та технологія підготовки парамедиків у Тернопільському національному медичному університеті імені І.Я. Горбачевського МОЗ України / М.М. Корда, А.А. Гудима, А.Г. Шульгай, С.Й. Запорожан // Медична освіта. – 2019. – № 3 (додаток) – С.6-14.

НЕВІДКЛАДНА ДОПОМОГА В ПРАКТИЦІ ЛІКАРЯ СІМЕЙНОЇ АМБУЛАТОРІЇ

Дригоза О.І.¹, Мартиненко Н.В.²

¹КНП «Центр первинної медико-санітарної допомоги» ОСР смт. Опішніа

²Полтавський державний медичний університет

Міністерство охорони здоров'я України розробило проект наказу про Порядок надання первинної медичної допомоги (ПМД), який винесли на обговорення та який затвердять після консультацій з експертним середовищем і регіонами. Перелік того, що входить до гарантованого кошика первинної медичної допомоги, переглядатиметься щороку та залежатиме від показників бюджету, які держава виділятиме на охорону здоров'я. Згаданий документ визначає завдання первинної медичної допомоги, суб'єктів надання допомоги, завдання лікаря, а також єдині правила організації та надання ПМД. ПМД є основним видом медичної допомоги та передбачає надання пацієнтові універсальних комплексних інтегрованих послуг, спрямованих на задоволення більшості потреб людини у сфері охорони здоров'я.

Згідно з документом, первинна допомога надається усім громадянам України незалежно від їх віку, статі, національності, соціального статусу, рівня доходу, місця проживання, віросповідання чи інших ознак. Її надають за рахунок бюджетних коштів згідно з відповідною бюджетною програмою та законодавством. Фінансування діагностичних заходів та лабораторних досліджень у межах ПМД для громадян України також здійснюють коштом бюджету згідно з відповідною бюджетною програмою та законами.

До гарантованого пакету медичних послуг, які надаватимуться на первинному рівні, входить невідкладна медична допомога. Тобто в разі виникнення в пацієнта невідкладних станів допомогу йому має надавати сімейний лікар, дільничний терапевт чи педіатр або під час прийому в амбулаторії, або за місцем перебування хворого (за викликом).

На сьогодні сімейні лікарі не відмовляють в обслуговуванні вдома пацієнтам, які не можуть самостійно пересуватися, або в разі гострого стану. Найкращим же виходом є злагоджена співпраця пунктів невідкладної допомоги у складі як закладів, які надають ПМД, так і станцій швидкої медичної допомоги. Головне, аби лікар первинної ланки був у зоні доступності до пацієнта, правильно визначив його стан і зміг вчасно опинитися біля хворого. Тому просторово-фізична доступність у часі має бути забезпечена в межах 15 хвилин, а окрім транспорту сімейний лікар повинен мати у своєму розпорядженні мінімальний набір засобів (препарати, дефібрилятор, швидкі лабораторні тести, засоби інструментального обстеження — як мінімум, електрокардіограф).

Також необхідно продумати особливості формування мережі первинної ланки залежно від того, це міська, сільська чи гірська місцевість, багатоквартальна забудова або малозаселені райони тощо - однією з стандартів тут неприпустимі. Пацієнти мають бути наближені до сімейного лікаря 24 години на добу, інакше він не завжди зможе верифікувати невідкладні стани, що особливо важливо при інсультах, інфарктах, травмах, ургентній хірургічній

патології тощо. На жаль, нині вітчизняна система не відповідає європейським стандартам, основною вимогою яких є доступ до пацієнта і скорочення терміну комунікації «хворий — лікар». Держава має заощаджувати кошти, і тому недоцільно відправляти бригаду швидкої на кожен виклик до хронічного хворого, який перебуває на динамічному спостереженні у сімейного лікаря. Саме він має подбати (використовуючи засоби первинної та вторинної профілактики) про те, аби в пацієнта не траплялося загрозливих для життя ускладнень, а коли виникнуть, зобов'язаний надати невідкладну медичну допомогу, вчасно направити у профільний заклад за найкоротшим маршрутом.

До обов'язків лікаря первинної ланки, відповідно до проекту, належить: безпосереднє надання первинної медичної допомоги пацієнтам;

- формування та контроль виконання плану обстежень та лікування, аналіз результатів досліджень, призначення медичних препаратів та інших лікувальних заходів;
- надання медичної допомоги пацієнтам у невідкладному стані;
- направлення відповідно до медичних показань пацієнта, який не потребує екстреної медичної допомоги, для надання йому вторинної (спеціалізованої) або третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги;
- координація роботи з іншими ланками медичної допомоги;
- ведення пацієнтів, які хворіють на соціально небезпечні інфекційні захворювання, відповідно до законодавства;
- здійснення імунопрофілактики відповідно до чинного законодавства;
- консультування щодо здорового способу життя;
- проведення заходів масової та індивідуальної профілактики інфекційних захворювань;
- оцінка індивідуальних ризиків захворювань і консультування з питань профілактики. Розробка індивідуальних програм обстеження та спостереження за здоров'ям;
- інформування пацієнта щодо національних скринінгових програм і виконання інших функцій відповідно до законодавства або до програми;
- динамічне спостереження за неускладненою вагітністю;
- здійснення медичного догляду за здоровою дитиною;
- ведення хворих із психічними розладами, зокрема, враховуючи рекомендації спеціаліста;
- надання паліативної допомоги, що охоплює: оцінку ступеня болю; призначення наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів; лікування больового синдрому; оформлення рецептів на наркотичні засоби, психотропні речовини і прекурсори відповідно до чинного законодавства;
- координація та організація виконання лабораторних досліджень, проведення забору біологічного матеріалу;
- проведення лабораторних досліджень, у тому числі з використанням швидких тестів;

- призначення лікарських засобів з оформленням документів відповідно до законодавства;
- підготовка медичної документації для направлення осіб з ознаками стійкої втрати працездатності на медико-соціальну експертизу та медико-соціальну реабілітацію.

Оформлення довідок, форм, листків непрацездатності.

На догоспітальному етапі сімейний лікар надає невідкладну допомогу, у разі такої потреби у пацієнта, а саме:

- діагностика ГПМК, та виклик 103, для транспортування хворого в заклад з яким НСЗУ заключило договір на пакет послуг «ІНСУЛЬТ»;
- при підозрі на ШКХ, розгорнутий аналіз крові, огляд пацієнта, з подальшим скеруванням до хірургічного відділення;
- при колапсі/непритомності (надає горизонтальне положення, вимірює АТ, лікування: кофеїн/кордіамін в/в) адреналін, та викликати 10;
- гіпертонічний криз -вимірювання АТ, введення лазикс в/в на фізіологічному розчині, ніфедипін під язик, магнію сульфат в/м, у разі стабілізації стану – спостереження, якщо стан не покращується—направити на стаціонарне лікування;
- при астматичному статусі преднізолон 30-60 мг кожні 3 години, якщо стан не стабілізувався –викликати 103.

В медичному закладі мають бути в наявності препарати для надання невідкладної допомоги при ГКС: нітроглицерин, гепарин, клопідогрель, ацетилсаліцилова кислота, ізокет (при тиску вище 90/60) до приїзду ЕМД пацієнту надають допомогу, катетеризують та направляють на подальшу госпіталізацію.

РОЛЬ FAST TRACK-ХІРУРГІЇ В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ДЕСТРУКТИВНИЙ ХОЛЕЦИСТИТ, ЩО УСКЛАДНЕНИЙ ПЕРИТОНІТОМ.

Кравець К.В., Бородаєв І.Є., Пухтєєва О.Д.

Одеський національний медичний університет

Актуальність. Захворюваність на гострий холецистит в Україні, як і в цілому світі, за останні роки зростає і становить у середньому 6,27 на 10 тис. населення. Гострий калькульозний холецистит (ЖКХ) трапляється у будь-якому віці, однак пік захворюваності припадає на 40-60 років; співвідношення чоловіків і жінок становить 1:3. Строки перебування в стаціонарі цієї групи хворих перевищують 15 діб.

Ускладнення в основному виникали в осіб похилого та старечого віку. Збільшення кількості ускладнень головним чином було пов'язано з супутніми захворюваннями серцево-судинної та легеневої систем у цій категорії пацієнтів. Застосування методик «безгазової лапароскопії» і лапароліфтинга відкривають перспективи застосування лапароскопічної холецистектомії у літніх і соматично обтяжених пацієнтів з високим операційним ризиком. Застосування принципів

Fast-track хірургії дозволяє зменшити кількість ускладнень неалежно від методу оперативного втручання.

FT-хірургія ґрунтується на даних доказової медицини, а не на звичках хірурга та установках хірургічної школи та є профільною.

Мета: поліпшити результати комплексного лікування хворих на деструктивні форми гострого холециститу, що ускладнений перитонітом шляхом застосування сучасних принципів Fast-track хірургії.

Матеріали та методи: дослідження виконане на базі підрозділів кафедри хірургії №2 Одеського національного медичного університету протягом 2014-2020 рр. В дослідження ввійшли 128 хворих із гострим деструктивним холециститом, що ускладнений перитонітом (ГДХУП), яким було виконано ТХЕ з дренивання черевної порожнини – 42 (32,8%), ЛХЕ з дренивання черевної порожнини (50,8%), ЛЛХЕ з дренивання черевної порожнини 21 (16,4%), табл. 1.

Таблиця 1

Розподіл пацієнтів за статтю та видом оперативного втручання

Стать/вид втручання	ТХЕ з дренивання черевної порожнини	ЛХЕ з дренивання черевної порожнини	ЛЛХЕ з дренивання черевної порожнини	Всього
Чоловіків	17 (26.2%)	10 (23.8%)	6 (28.6%)	33 (25,8%)
Жінок	48 (73.8%)	32 (76.2%)	15 (71.4%)	95 (74,2%)
Всього	65	42	21	128

Вибір методу оперативного втручання був зумовлений розробленим на базі кафедри хірургії № 2 ОНМедУ алгоритмом надання допомоги хворим на ГДХУП.

Оперативні втручання в групах дослідження, виконувалися в різні строки від початку симптомів та надходження в стаціонар, що було обумовлено загального стану хворого, вираженістю больового синдрому, швидкості встановлення діагнозу, загального стану хворого, даних обстеження, наявності супутньої патології, ускладнень та необхідності стабілізації стану хворих.

У 29 (22,7%) було виконано ТХЕ із дрениванням черевної порожнини, 35 (27,3%) було виконано ЛХЕ із дрениванням черевної порожнини, 5 (3,9%) було виконано ЛЛХЕ із дрениванням черевної порожнини. У всіх хворих лікування проводилося без застосування принципів FT-хірургії та реабілітації хворих.

У 13 (10,2%) хворих відповідно було виконано ТХЕ із дрениванням черевної порожнини, 30 (23,4%) хворих відповідно було виконано ЛХЕ із дрениванням черевної порожнини, 16 (4,7%) хворих відповідно було виконано ЛЛХЕ із дрениванням черевної порожнини. У всіх цих хворих процес лікування супроводжувався застосуванням принципів FT-хірургії та реабілітації хворих, було застосовано 15 компонентів FT-хірургії.

Результати: порівняльний аналіз частоти післяопераційних ускладнень і летальності свідчить про перевагу агресивної хірургічної тактики із застосуванням лапароскопічних оперативних втручань при гострому холециститі ускладненому перитонітом.

Завдяки використанню компонентів ФТ-хірургії у хворих на ГДХУП було стало можливим зменшити кількість післяопераційних ускладнень за рахунок зменшення стресу та навантаження на організм. 2 летальних випадки та та виникнення нижньодольової пневмонії були в групі хворих, де не використовувалися компоненти ФТ-хірургії та реабілітації хворих.

Таким чином, активна тактика лікування хворих з ГДХУП повинна базуватися на точних відомостях досліджень, які необхідно отримати протягом першої доби з моменту госпіталізації пацієнта, та впровадженні компонентів ФТ-хірургії.

Середня тривалість передопераційного періоду становила 1,5 доби у всіх хворих, загальна тривалість лікування у хворих із застосуванням компонентів, ФТ-хірургії при ЛЛХЕ з дренажуванням черевної порожнини — 4,5 доби, при ЛХЕ з дренажуванням черевної порожнини — 5,5 доби а загальна тривалість лікування при ТХЕ з дренажуванням черевної порожнини — 10,5 доби.

Загальна тривалість лікування у хворих без застосуванням компонентів, ФТ-хірургії при ЛЛХЕ з дренажуванням черевної порожнини — 5,5 доби, при ЛХЕ з дренажуванням черевної порожнини — 6,5 доби а загальна тривалість лікування при ТХЕ з дренажуванням черевної порожнини — 11 днів.

ВИСНОВКИ:

1. Агресивний підхід в тактиці лікування хворих із гострим деструктивним холециститом, що ускладнений перитонітом відповідно до алгоритму суттєво покращує результати лікування хворих.
2. Впровадження компонентів ФТ-хірургії дозволяє зменшити строки перебування в стаціонарі незалежно від методу оперативного втручання в середньому на 1 добу, та має впроваджуватися в практику.

НЕВІДКЛАДНА МЕДИЧНА ДОПОМОГА ПРИ ГІПОГЛІКЕМІЇ

Краснова О.І., Ляхова Н. О., Одійчук В.О., Теницька Є. Д.

Полтавський державний медичний університет

Однією з найбільш актуальних медико-соціальних проблем суспільства та однією з хвороб, що призводить до передчасної захворюваності і смертності є діабет. Це хронічне захворювання, при якому підшлункова залоза не виробляє достатньої кількості інсуліну або ж організм не може ефективно використовувати вироблений інсулін. Ця хвороба призводить до таких важких наслідків, як втрата зору, ниркова недостатність, провокує розвиток серцево-судинних захворювань.

Незважаючи на те, що цукровий діабет є захворюванням, що супроводжується підвищеними показниками глюкози в крові, багато пацієнтів можуть зіткнутися з таким патологічним станом, як гіпоглікемія. Різке зниження рівня цукру може спровокувати введення інсуліну, прийом гіпоглікемічних препаратів, нерегулярне харчування, надмірні фізичні навантаження.

Ознаками гіпоглікемії є: прискорене серцебиття (тахікардія); надмірно інтенсивне потовиділення; тремор; головні болі; порушення зорової функції; яскраво-виражене відчуття голоду; загальна слабкість, нездужання; безпричинна тривожність, дратівливість, психоемоційна нестабільність: панічні атаки. Якщо не надати пацієнту своєчасну допомогу, рівень глюкози буде й далі падати, що спричинить за собою судомний синдром. Проблема полягає в тому, що люди, які страждають на цукровий діабет протягом багатьох років, можуть не помічати перших ознак гіпоглікемії, що загрожує небезпечними наслідками. Глибока гіпоглікемічна кома проявляється повною втратою свідомості, глибокою комою. арефлексією. припиненням судом, припиненням потовиділення, гіпотермією, дихання поверхневе, брадикардією.

Стрімкий розвиток гіпоглікемії призводить до втрати свідомості та розвитку коми. Для надання потерпілому першої долікарської допомоги необхідно: провести екстрену активацію; перевірити наявність дихання і при необхідності провести реанімаційні заходи (зробити штучне дихання); покласти під язик хворого, що перебуває в свідомості, трохи цукру або напоїти його рідиною з підвищеним вмістом глюкози (соками, солодким чаєм, газованої води). Необхідно покласти пацієнта на бік та забезпечити тепло і доступ достатньої кількості свіжого повітря.

Гіпоглікемічна кома – небезпечний стан, що вимагає своєчасної професійної допомоги. Лікарська допомога полягає в внутрішньовенному введенні 40% глюкози 20-40-100 мл. Критерієм достатності дози є відновлення свідомості. Потім переходять на інфузію 5% глюкози - гіпоглікемії можуть рецидивувати. Ефективне внутрішньом'язове введення 1 мл 1% глюкагона, повторне введення через 10 хвилин. Підшкірно вводять 0,5-1,0 мл 0,1% розчину адреналіну, внутрішньовенно або внутрішньом'язово 150-200 мг гідрокортизону. Гіпоглікемічна кома може спричинити за собою вкрай несприятливі наслідки: травматичні ушкодження; автомобільні аварії; важкий коматозний стан; загибель пацієнта. Тому вкрай важливо заздалегідь подбати про профілактику даного патологічного стану. Профілактичні заходи включають в себе регулярний прийом інсуліну, дотримання режиму харчування, помірні фізнагрузки.

Особам, які входять до групи підвищеного ризику, рекомендується завжди мати при собі специфічні пристрої, постійно відстежують показники цукру в крові та сигналізують про їх зниження. Крім того, бажано носити медичні браслети, що містять контактні телефонні номери, інформацію про діагноз особи та прийнятих ним препаратів. Таким чином, можна отримати необхідну допомогу, навіть якщо напад гіпоглікемії стався на вулиці й поруч з пацієнтом не виявилось нікого з його знайомих. При тяжких симптомах коми потрібно негайно звернутися до фахівців.

ДОСВІД УСУНЕННЯ БОЛЬОВОГО СИНДРОМУ ПІСЛЯ ЕНДОДОНТИЧНОГО ЛІКУВАННЯ

Курдиш Л.Ф., Горай М.А., Гаджула Н.Г., Мунтян О.В., Повшенюк А.В.

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

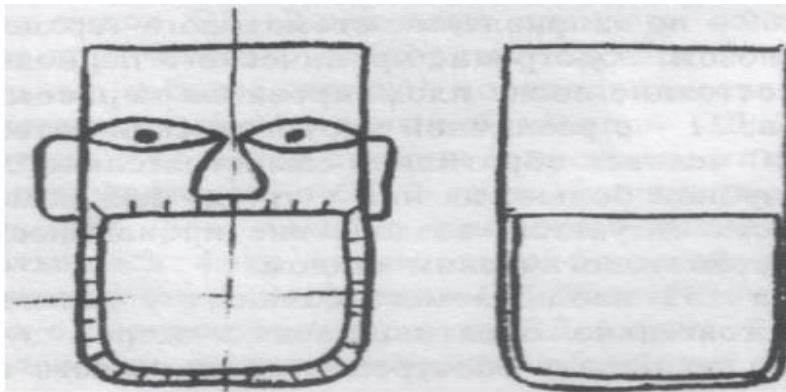
Кафедра терапевтичної стоматології

Вступ. Традиційні засоби боротьби з болем, а саме аналгезуючі препарати різних фармакологічних груп, не відповідають усім вимогам надання високоефективної стоматологічної допомоги. Лікарські засоби нерідко викликають алергічні реакції та токсичний вплив на організм пацієнта. Занепокоєння викликає і проблема виникнення медикаментозної залежності при їх тривалому та частому вживанні. В зв'язку з цим, продовжується пошук і розробка альтернативних методів знеболення в стоматологічній практиці. Викликають зацікавленість різноманітні методи рефлексотерапії. На нашу думку, особливої уваги заслуговує методика, розроблена південнокорейським професором Паком Чже Ву – Су Джок терапія, яка заснована на принципах відповідності різних частин тіла. Даний метод доступний як для лікарів, так і для пацієнтів, здатний швидко і на тривалий час позбавляти больових відчуттів, не потребує значних матеріальних затрат для проведення.

Метою дослідження стало визначення клінічної ефективності застосування Су Джок терапії для усунення больового синдрому у пацієнтів після ендодонтичного лікування.

Матеріали та методи. Під нашим спостереженням перебувало 58 хворих з ускладненнями карієсу, які потребували ендодонтичного лікування. Всіх пацієнтів було проліковано відповідно до загальноприйнятих протоколів та стандартів.

Якість ендодонтичного лікування визначали рентгенологічно. Оцінку інтенсивності больового синдрому проводили на наступний день після лікування, а також на другу, третю, четверту та п'яту добу, використовуючи візуальну аналогову шкалу болю. Акупунктурні точки відповідності ми визначали виходячи із проекції ротової порожнини на ділянку нігтя великого пальця руки. Проекція пальця вище нігтьового ложа відповідає верхній та середній частині обличчя, а нижня щелепа відповідає ділянкам біля вільного краю нігтя (мал. 1). В якості інструмента впливу на точки відповідності під час стоматологічного прийому використовували щуп, або пародонтометр, в домашніх умовах підручні предмети (олівець).



Мал.1. Відповідність голови та великого пальця руки

Результати. Біль, на наступну добу після ендодонтично лікування, відчували всі пацієнти. 34 (58,6%) пацієнтів оцінили його як помірний, 23 (39,6%) – як сильний, 1 (1,7%) – як дуже сильний. Після стимуляції акупунктурних точок суттєве зменшення больових відчуттів спостерігали вже через кілька хвилин після початку впливу у 94,8% випадків, тривалість знеболювального ефекту зберігалась протягом кількох годин. Пацієнтам було запропоновано використовувати дану методику самостійно в домашніх умовах при появі больових відчуттів. При умові відсутності ефективності додатково був призначений Ібупрофен по 200 мг, не більше 5 таблеток протягом доби. 48 (82,7%) пацієнтів успішно оволоділи методикою та самостійно усували больові відчуття, що виникали, без використання медикаментозних засобів. 10 (17,3%) пацієнтів отримали послаблення болю, проте додатково вживали медикаменти, мотивуючи це неповним знеболенням, додатковими затратами часу та неприємними відчуттями при дії на акупресурні точки. Повне зникнення болю спостерігали на третю добу після ендодонтичного лікування у 32 (55,2%) пацієнтів, на четверту добу у 25 (43,1%), на п'яту у 1 (1,7%).

Висновки. Отриманий нами клінічний досвід використання Су Джок терапії для усунення больового синдрому у пацієнтів після ендодонтичного лікування свідчить про його високу терапевтичну ефективність та доцільність впровадження в стоматологічну практику.

В світлі отриманих результатів перспективним є продовження вивчення цієї методики для лікування інших стоматологічних захворювань.

АНАЛІЗ ДИНАМІКИ ЧАСТОТИ ВИКЛИКІВ БРИГАД ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В ПЕРІОД ПАНДЕМІЇ COVID-19 В М. ПОЛТАВА

Лавренко К.Д.

Полтавський державний медичний університет

Вступ: перше захворювання, яке викликане SARS-CoV-2 було зафіксоване в м.Ухань КНР у грудні 2019 року, що згодом спричинило світову пандемію. Виникнення нової форми захворювання призвело до необхідності внесення змін в обіг статистичного аналізу, як наслідок було введено новий шифр за МКХ-10: U07.1. В Україні COVID-19 вперше була діагностовано 3 березня 2020 року в

м.Чернівці. Загальна паніка, страх та психічні розлади тривожно-депресивного спектру - стали провідними причинами збільшення звернень громадян м. Полтави за медичною допомогою до Полтавського центру ЕМД.

Мета: проаналізувати динаміку частоти викликів бригад екстреної медичної допомоги (ЕМД) до пацієнтів із серцево-судинною патологією на тлі епідеміологічної ситуації в період пандемії COVID-19 в залежності від віку та статі пацієнтів.

Матеріали та методи: здійснено ретроспективний аналіз архівних даних (2017-2020 роки) КП «Полтавський обласний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф Полтавської обласної ради» щодо частоти викликів ЕМД.

Результати: при проведенні аналізу частоти звернень за екстреною медичною допомогою до Полтавського центру екстреної медичної допомоги за 2017-2020 роки встановлено, що найбільша кількість звернень спостерігалася в 2017 році і поступово зменшувалася до 2020 року, що пов'язано з реорганізацією служби роботи ЕМД та більш чітким розподілом функцій невідкладної медичної допомоги. Проведений статистичний аналіз свідчить про чітке збільшення кількості викликів до пацієнтів із серцево-судинною патологією в 2019-2020 роках.

Висновки:

1. Найбільший рівень звернень за критичною та екстреною медичною допомогою в м. Полтава з розрахунку на 1000 населення спостерігався в 2017 році і становив 318,7, найнижчий – в 2020 році (245,2),

2. Найвища чисельність викликів до пацієнтів з серцево-судинною патологією на 1000 населення спостерігалась в 2020 році: діагноз інфаркт міокарда поставлено в 3,14 випадках; гіпертонічний криз – 1,49; стенокардія – 2,49; найвища чисельність викликів до пацієнтів з гострим порушенням мозкового кровообігу спостерігалась в 2019 році – 6,25 випадків.

3. Серед звернень пацієнтів із серцево-судинною патологією найвищу питому вагу мають виклики до пацієнтів з порушеннями мозкового кровообігу і складають в 2019 році 52,5%, найнижчу мають звернення з гіпертонічними кризами, і складають в 2020 році – 11,18%.

Ключові слова: частота звернень за екстреною медичною допомогою, серцево-судинна патологія.

ОРГАНІЗАЦІЯ НАДАННЯ ЕКСТРЕНОЇ І НЕВІДКЛАДНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ В ПЕРІОД РЕФОРМУВАННЯ

Литовка О.М.

КП «Полтавський обласний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф ПОР»

В умовах сьогодення створення єдиної системи екстреної медичної допомоги (ЕМД) є одним із найважливіших соціальних пріоритетів держави, спрямованих на збереження життя і здоров'я населення України. Організаційно-правові засади забезпечення громадян України та інших осіб, які перебувають на її території, екстреною медичною допомогою, у тому числі під час виникнення

надзвичайних ситуацій та ліквідації їх наслідків, та засади створення, функціонування і розвитку системи екстреної медичної допомоги визначає Закон України «Про екстрену медичну допомогу», який ухвалено 05.07.2012 року (набув чинності з 01.01.2013 року). З 2013 року здійснюється реформування системи екстреної медичної допомоги.

Управління системою ЕМД на центральному рівні здійснює Державний заклад «Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф МОЗ України», на територіальному рівні – територіальні обласні центри ЕМД та МК.

Основні напрямки діяльності системи екстреної медичної допомоги ґрунтуються на таких принципах:

- своєчасність та якість надання ЕМД;
- спадкоємність догоспітального та раннього госпітального етапів;
- використання єдиних стандартів та алгоритмів надання екстреної медичної допомоги;
- загальнодоступність для всіх категорій населення у цілодобовому режимі.

22.05.2019 року Кабінетом Міністрів України схвалено Концепцію розвитку системи екстреної медичної допомоги. Реалізація Концепції здійснюється протягом 2019-2023 років двома етапами: перший етап - 2019-2020 роки, другий етап - 2021-2023 роки. Метою реформи системи екстреної медичної допомоги є зниження смертності і набуття інвалідності населенням в результаті впливу невідкладних станів та зміцнення впевненості громадян України у спроможності держави забезпечити доступну, своєчасну та якісну медичну допомогу у разі раптового погіршення здоров'я через хворобу чи травмування. Розв'язання проблем, а саме, вдосконалення організації раннього доступу до надання першої допомоги, покращення швидкості прибуття бригад екстреної (швидкої) медичної допомоги на місце події, покращення якості надання медичної допомоги на догоспітальному та госпітальному етапах та підвищення спроможності системи екстреної медичної допомоги своєчасно забезпечити достатній об'єм якісної медичної допомоги у разі виникнення надзвичайних ситуацій та ліквідації їх наслідків. Досягнення мети Концепції передбачається здійснити шляхом вироблення і впровадження правового, організаційного та фінансового механізму для забезпечення населення доступними і якісними медичними послугами.

Згідно Постанови Кабінету Міністрів України від 22.05.2019 року №425 пілотний проект щодо розвитку системи екстреної медичної допомоги запроваджено в пілотних регіонах (Вінницькій, Донецькій, Одеській, Полтавській, Тернопільській областях та м. Києві). Створено та опрацьовано нову модель організації та надання екстреної медичної допомоги, спрямованої на забезпечення вчасного, якісного та ефективного реагування на випадки невідкладних станів, забезпечено модернізацію оперативно-диспетчерських служб центрів екстреної медичної допомоги та медицини катастроф, задоволено потреби пілотних регіонів у спеціалізованому санітарному транспорті екстреної медичної допомоги, створено навчально-тренувальні стимуляційні центри екстреної медичної

допомоги у пілотних регіонах, та в подальшому запроваджується на території всіх регіонів України.

Створення центральних оперативно-диспетчерських служб центрів екстреної медичної допомоги та медицини катастроф покращило обробку виклику та реагування, удосконалило комунікацію між диспетчером ОДС центру та бригадою ЕМД, швидке реагування на виклики забезпечується автоматизованим вибором найближчої бригади. Для забезпечення своєчасного та ефективного контролю якості надання екстреної медичної допомоги створено національну ІТ-систему «Централь 103», яка здійснює збір, обробку, аналіз інформації, забезпечує оперативне залучення бригад екстреної медичної допомоги екстрених медичних реагувальників, волонтерів тощо. Система в режимі он-лайн моніторить роботу обласних центрів екстреної медичної допомоги та отримує повну інформацію про звернення та результати їх обробки, фіксує кожен виїзд, причину, час виклику, вчасність доїзду до пацієнта та час прибуття до лікарні.

Єдині національні галузеві стандарти у сфері охорони здоров'я з надання екстреної медичної допомоги, що базуються на доказовій медицині, створено на основі положень, затверджених наказом МОЗ України від 05.06.2019 р. № 1269 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації екстреної медичної допомоги».

Територіальні обласні центри екстреної медичної допомоги та медицини катастроф протягом 2019-2020 років автономізовано шляхом перетворення в комунальні підприємства, які повинні відповідати вимогам, затвердженим постановою Кабінету Міністрів України від 28.03.2018 № 391 «Про затвердження вимог до надавача послуг з медичного обслуговування населення, з яким головними розпорядниками бюджетних коштів укладаються договори про медичне обслуговування населення», а також вимогам Закону України «Про державні гарантії медичного обслуговування населення» та укладають договори з Національною службою здоров'я України по пакету «Екстрена медична допомога», що підлягає оплаті в рамках реалізації програми медичних гарантій. З 1 червня 2021 року НСЗУ запроваджується проведення оцінки індикаторів правильної маршрутизації пацієнтів з діагнозом підозра на гострий мозковий інсульт та гострий коронарний синдром.

З метою покращення якості та швидкості екстреної медичної допомоги на ранньому госпітальному етапі у разі перебування людини у невідкладному стані для населення визначеної території створюються відділення екстреної (невідкладної) медичної допомоги у багатопрофільних лікарнях інтенсивного лікування, де передбачена чітка модель комунікації та координації між бригадою ЕМД та відділенням.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ПОСИЛЕНОЇ МЕТОДИКИ ПРЕОКСИГЕНАЦІЇ ПРИ ІНДУКЦІЇ В АНЕСТЕЗІЮ В ПЛАНОВІЙ ХІРУРГІЇ

Могильник А. І.

Полтавський державний медичний університет

Актуальність роботи. Одним із методів запобігання розвитку гіпоксемії на етапі індукції в загальну анестезію, ларингоскопії та встановлення ендотрахеальної трубки є застосування преоксигенації. Преоксигенація є важливою частиною загальної анестезії. Вона стала стандартною методикою, яка використовується анестезіологами перед маніпуляціями на верхніх дихальних шляхах, внаслідок яких передбачається ризик гіпоксемії. На сьогоднішній день рекомендується використовувати різні методики преоксигенації. При ожирінні, вагітності і підвищеному внутрішньочеревному тиску функціональна ємність легенів знижена, що значно знижує кисневий резерв організму і збільшує ризик виникнення гострої гіпоксемії.

Мета роботи. Оцінка ефективності методик преоксигенації, ґрунтуючись на показниках кислотно-лужного стану і часі початку десатурації.

Методи дослідження. Дослідження проводилось на базі КП «Полтавська обласна клінічна лікарня імені М. В. Скліфосовського ПОР». Нами обстежено 62 хворих жіночої статі віком від 32 до 64 років, яким планувалось проведення оперативного лікування з приводу гострого холециститу шляхом лапароскопічної холецистектомії. Дослідження рівня напруги кисню і вуглекислого газу в артеріальній крові (PaO_2 , $PaCO_2$) і показники кислотно-лужного стану визначали за допомогою газоаналізатора клінічної лабораторії. Для визначення основних параметрів гемодинаміки і сатурації використовували поліфункціональний монітор Dixon Storm 5500-03. Дослідження газообміну проводилось у три етапи. Перший етап — вихідні дані пульсоксиметрії і PaO_2 на фоні спонтанного дихання повітрям операційної. Другий етап — після застосування різних методик преоксигенації. Третій етап — час апное, до початку зниження SaO_2 нижче 94%. У залежності від методики преоксигенації хворі були розділені на дві групи. У I групу увійшли хворі, яким проводилась стандартна преоксигенація: впродовж 3 хв. зі швидкістю потоку кисню 5 л/хв. Пацієнтам II групи проводили посилену преоксигенацію впродовж 5 хв. зі швидкістю потоку кисню 10 л/хв., причому за останню хвилину хворий робив 14-16 глибоких вдихів. Преоксигенацію проводили через герметичну лицеву маску. Відразу ж після преоксигенації проводили швидко послідовну індукцію в загальну анестезію шляхом внутрішньовенного введення тіопенталу натрію дозою 5-6 мг/кг і дитиліну дозою 2 мг/кг з наступною прямою ларингоскопією та встановленням ендотрахеальної трубки. Ризик анестезії оцінювали за шкалою Американської асоціації анестезіологів. Усі операції виконувались під внутрішньовенним наркозом зі штучною вентиляцією легень. Моніторинг проводився згідно з Гарвардським протоколом. Для оцінки значущості відмінностей використовували t-критерій Стьюдента для двох залежних вибірок. Вірогідність різниць середніх показників оцінювали при 95% довірчому інтервалі.

Результати. На першому етапі дослідження були отримані недостовірні дані при порівнянні рівня PaO_2 і SpO_2 . Це можна пояснити тим, що обидві групи були рандомізовані. Після проведення покращеної преоксигенації (другий етап) у хворих II групи PaO_2 був достовірно вищим у порівнянні з I стандартною групою хворих. При порівнянні рівня SpO_2 на другому етапі його середні значення були однаковими і статистично недостовірним в обох групах. Це можна пояснити тим, що рівень PaO_2 на цьому етапі сягав >100 мм рт. ст. На третьому етапі були отримані дані, які показали перевагу другої методики преоксигенації в порівнянні зі стандартною. У I групі середні значення PaO_2 і SpO_2 знизились до $77,3 \pm 6,5$ мм рт. ст. та $94,6 \pm 3,5\%$ відповідно. У хворих II групи ці параметри становили $237,6$ мм рт. ст. та $98,6 \pm 1,2\%$ відповідно і були достовірно вищими. Це можна пояснити тим, що при застосуванні другої методики преоксигенації кисневий резерв стає значно вищим, ніж при використанні стандартної методики. На першому етапі дослідження середні значення показників кислотно-лужного стану були в межах норми. На другому етапі дослідження у хворих II групи було зафіксовано достовірно зниження PaCO_2 внаслідок гіпервентиляції хворого. Зміни рН на цьому етапі хоча і були достовірними, але коливались у межах норми. На третьому етапі дослідження в обох групах було відмічено підвищення рівня PaCO_2 , що можна пояснити накопиченням CO_2 під час апное. Порівнюючи вплив двох методик преоксигенації на час десатурації були отримані переконливі дані на користь II методики преоксигенації. Середній час десатурації у хворих I і II груп становив $76,3 \pm 21,3$ с і $118 \pm 6,0$ с відповідно. Отримані дані ще раз підтверджують припущення, що преоксигенація може збільшувати кисневий резерв організму.

Висновки. Преоксигенація є необхідною складовою перед індукцією в загальну анестезію та прямою ларингоскопією під час анестезіологічного забезпечення оперативних втручань на жовчному міхурі. Безпечний час для встановлення ендотрахеальної трубки при застосуванні посиленої преоксигенації проти стандартної методики є вірогідно вищим і складає 140 с, що значно підвищує безпеку пацієнтів.

ПРЕМЕДИКАЦІЯ НА АМБУЛАТОРНОМУ СТОМАТОЛОГІЧНОМУ ПРИЙОМІ

Мунтян О.В., Мунтян В.Л., Горай М.А., Курдиш Л.Ф.

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

Кафедра терапевтичної стоматології

Біль – це складний психофізіологічний стан пацієнта у відповідь на різноманітні подразники, які мають вплив на тканини організму на місцевому та системному рівні. Враховуючи кровопостачання та іннервацію щелепно-лицьової ділянки больова реакція у пацієнтів більш виражена, особливо при гострих формах пульпіту та періодонтиту.

Майже всі стоматологічні маніпуляції супроводжуються больовими відчуттями, а також емоційним напруженням пацієнтів, яке спостерігається у більшості осіб, особливо при лікуванні гострих процесів. На даний момент, у

пацієнтів значно знизилась витривалість до больових відчуттів, але зросли вимоги до комфорту. Саме тому, на сьогоднішні день, головне завдання лікаря-стоматолога створити максимальний комфорт для пацієнта під час проведення стоматологічних маніпуляцій.

Особливу увагу потрібно звертати на пацієнтів з високим рівнем тривожності та страху перед стоматологічним прийомом, що в свою чергу впливає на суб'єктивну оцінку больових відчуттів, знижує ефективність місцевого знеболення, а також може призвести до порушення загального стану організму та ускладнення соматичних захворювань.

Забезпечення відповідного комфорту можливо тільки при адекватному знеболенні стоматологічних маніпуляцій та корекції психоемоційного стану шляхом підбору ефективної премедикації. Правильний підбір адекватного знеболення та премедикації знижує страх і тривогу перед втручанням, що сприяє підвищенню якості стоматологічної допомоги, позитивному ставленню до лікаря-стоматолога та скорочення терміну лікування.

При підборі премедикації та знеболення необхідно провести спеціальне скринінгове тестування з метою вивчення психоемоційного стану пацієнта за допомогою госпітальної шкали тривоги та депресії (HADS) безпосередньо перед проведенням стоматологічних маніпуляцій (Таблиця 1).

Таблиця 1. Госпітальна шкала тривоги та депресії (HADS)

Частина I (оцінка рівня ТРИВОГИ)	Частина II (оцінка рівня ДЕПРЕСІЇ)
1. Я відчуваю напругу, мені не по собі: 3 – весь час; 2 – часто; 1 – час від часу, іноді; 0 – зовсім не відчуваю	1. Те, що приносило мені велике задоволення, і зараз викликає у мене таке ж відчуття: 0 – безумовно, це так; 1 – напевно, це так; 2 – лише в дуже малому ступені, це так; 3 – це зовсім не так
2. Я відчуваю страх, здається, що щось жахливе може ось-ось статися: 3 – безумовно це так, і страх дуже великий; 2 – так, це так, але страх не дуже великий; 1 – іноді, але це мене не турбує; 0 – зовсім не відчуваю	2. Я здатний розсміятися і побачити в тій чи іншій події смішне: 0 – безумовно, це так; 1 – напевно, це так; 2 – лише в дуже малому ступені, це так; 3 – зовсім не здатний
3. Неспокійні думки крутяться у мене в голові: 3 – постійно; 2 – більшу частину часу; 1 – час від часу і не так часто; 0 – тільки іноді	3. Я відчуваю бадьорість: 3 – зовсім не відчуваю; 2 – дуже рідко; 1 – іноді; 0 – практично весь час
4. Я легко можу присісти і розслабитися: 0 – безумовно, це так; 1 – напевно, це так; 2 – лише зрідка, це так; 3 – зовсім не можу	4. Мені здається, що я став все робити дуже повільно: 3 – практично весь час; 2 – часто; 1 – іноді; 0 – зовсім немає
5. Я відчуваю внутрішнє напруження або тремтіння:	5. Я не стежу за своєю зовнішністю: 3 – безумовно, це так; 2 – я не

0 – зовсім не відчуваю 1 – іноді 2 – часто 3 – дуже часто	приділяю цьому стільки часу, скільки потрібно; 1 – може бути, я став менше приділяти цьому часу; 0 – я стежу за собою так само, як і раніше
6. Я відчуваю непосидючість, мені постійно потрібно рухатися: 3 – безумовно, це так 2 – напевно, це так 1 – лише в деякій мірі, це так 0 – зовсім не відчуваю	6. Я вважаю, що мої справи (заняття, захоплення) можуть принести мені відчуття задоволення: 0 – точно так само, як і зазвичай; 1 – так, але не в тій мірі, як раніше; 2 – значно менше, ніж зазвичай; 3 – так не вважаю
7. У мене буває раптове відчуття паніки: 3 – дуже часто; 2 – досить часто; 1 – не так вже й часто; 0 – зовсім не буває	7. Я можу отримати задоволення від гарної книги, телепрограми: 0 – часто; 1 – іноді; 2 – рідко; 3 – дуже рідко
Кількість балів тут _____	Кількість балів тут _____

Госпітальна шкала тривоги та депресії (HADS) складається з оцінки рівня тривоги та депресії і містить по 7 тверджень в кожній частині. Кожному твердженню відповідають 4 варіанти відповідей та кількість балів: 3 бали – “весь час / безумовно, це так”; 2 бали – “часто / напевно, це так”; 1 бал – “час від часу, іноді / лише в дуже малому ступені, це так”; 0 балів – “зовсім не відчуваю / це зовсім не так”. Підрахунок балів у кожній частині опитувальника проводиться окремо. Інтерпретація результатів: 0-7 балів – “норма”, 8-10 балів – “субклінічно виражена тривога / депресія”, 11 і вище – “клінічно виражена тривога / депресія”. Після оцінки результатів пацієнтам з “субклінічно вираженою тривогою / депресією” та “клінічно вираженою тривогою / депресією” проводять премедикацію з допомогою анксиолітика Тенотена. За 20 хвилин до початку лікування при “субклінічно вираженій тривозі” призначають по 1 таблетці з інтервалом 5 хвилин, при “клінічно вираженій тривозі” по 2 таблетки з інтервалом 5 хвилин.

Таким чином, обґрунтований вибір премедикації та місцевого знеболення знижує страх перед стоматологічним втручанням, що в свою чергу сприяє підвищенню якості стоматологічної допомоги, скороченню терміну лікування та запобігає виникненню ускладнень.

ПРОФІЛАКТИКА ГНІЙНО-ЗАПАЛЬНИХ УСКЛАДНЕНЬ ПІСЛЯ ГОСТРОЇ ПЕРФОРАЦІЇ ДНА ГАЙМОРОВОЇ ПАЗУХИ

Поліщук С.С., Свистунов Д.М., Фурман Р.Л., Кузько О.В.

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

Кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії

Вступ. Досить часто стоматологи-хірурги в своїй практиці стикаються з таким ускладненням, як перфорація дна гайморової пазухи з подальшою кровотечею. Часто причиною перфорації пазух стають певні хірургічні

маніпуляції, такі як видалення або імплантація верхніх зубів, резекція коренів та операції на верхній щелепі, ендодонтичне лікування. Бувають випадки, коли дане ускладнення проявляється внаслідок анатомічних особливостей зубощелепної системи самого пацієнта – коли корені зубів розташовується в порожнині пазухи. Досвідчений лікар виявляє цю особливість на етапі підготовки до хірургічного втручання, а після видалення зуба проводить комплекс загоювальних та відновлювальних процедур.

На перфорацію гайморової пазухи при видаленні зуба вказують такі специфічні симптоми, як наявність бульбашок повітря в крові, що виділяється із зубної лунки, виділення крові із ніздрі з боку перфорованої пазухи, поява у пацієнта «гугнявості» та відчуття тиску в проекції пошкодженої пазухи. Якщо перфорація не була вчасно діагностована та пролікована, формується оро-антральний свищ, відбувається інфікування порожнини гайморової пазухи, розвивається гострий синусит з неприємними та небезпечними симптомами: набряком слизової оболонки носа, порушенням дихання, появою гострого головного болю.

Мета: Покращення процесу загоювання гострої перфорації дна гайморової пазухи та профілактика гнійно-запальних ускладнень з боку гайморової пазухи.

Матеріали та методи: Дослідження проведено на базі ЛОР-щелепно-лицевого відділення Вінницької міської клінічної лікарні швидкої медичної допомоги в період 2019-2021 років. За цей час проведено лікування 43 хворих з гострою перфорацією гайморової пазухи після операції видалення премолярів та молярів верхньої щелепи. В усіх клінічних випадках спостерігалась помірна кровотеча з лунки видаленого зуба, що не зупинилась протягом 30 хвилин. Всім пацієнтам проведена діагностична комп'ютерна томографія. Пацієнти були поділені на 2 групи: група порівняння та основна група. В групі порівняння (20 пацієнтів) проведена операція ушивання (пластики) лунки видаленого зуба без використання додаткових матеріалів, загальна антибактеріальна терапія та використання капель в ніс з судиннозвужуючим ефектом. В основній групі (23 пацієнта) проведена тампонада лунки видаленого зуба кровоспинним засобом з антибактеріальним ефектом “Колапол КП ЛМ”, пункція гайморової пазухи для щоденної аспірації вмісту пазухи, використання загальної антибактеріальної терапії, використання крапель в ніс з судиннозвужуючим ефектом.

Результати дослідження: За даними комп'ютерної томографії, перед проведенням операції у всіх випадках відмічалась відсутність сторонніх тіл (коренів зубів) в порожнині пазухи. Порожнина пазухи була заповнена на 1/3-3/4 рідким вмістом, про що свідчить горизонтальний рівень рідини. Спостерігалось витікання крові через лунку видаленого зуба та через співустя гайморової пазухи та носа. Через 10 днів проведено контрольне рентгенологічне дослідження. На момент зняття швів (10 доба) отримано наступні результати. В групі порівняння загоювання лунки після проведення ушивання (пластики) мало задовільний характер. На жаль, в 1 пацієнта (5%) сформувалась оро-антральна нориця, що потребувало планової гайморотомії з пластикою оро-антрального з'єднання. В 6 пацієнтів (30%) відмічалось затемнення порожнини гайморової пазухи на 2/3 з

горизонтальним рівнем ексудату. В 5 пацієнтів (25%) рівень затемнення був на рівні 1/3 об'єму пазухи. Лише в 8 пацієнтів (40%) не відмічалось рівня рідини в пазухах. В основній групі було виявлено наступне: у 23 пацієнтів (100%) загоювання лунки задовільне, відсутні оро-антральні нориці, при рентгенологічному дослідженні – відсутність рівня ексудату в пазусі, незначне потовщення слизової оболонки дна гайморової пазухи.

Висновки. Виходячи з результатів нашого дослідження, можемо зробити висновок, що використання кровоспинного антибактеріального засобу “Колапол КП ЛМ” для тампонади лунки перед ушиванням (пластикою) та щоденної аспірації вмісту пазухи значно покращує процес загоювання гострої перфорації дна гайморової пазухи (на 60%) та попереджує розвиток гнійно-запальних ускладнень з боку гайморової пазухи.

НОРМАТИВНО-ПРАВОВІ ДОКУМЕНТИ, ЩО РЕГЛАМЕНТУЮТЬ НАДАННЯ ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ТА ЇХ АНАЛІЗ

Пархоменко Л. С., Краєвська О.О.

Комунальний заклад «Центр ПМСД Диканської селищної ради»

КП «Полтавський обласний клінічний протитуберкульозний диспансер ПОР»

Поряд із Законом України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», який регулює загальний порядок надання медичної допомоги, діє спеціальний Закон України «Про екстрену медичну допомогу», який визначає організаційно-правові засади забезпечення громадян України та інших осіб, які перебувають на її території, екстреною медичною допомогою, у тому числі під час виникнення надзвичайних ситуацій та ліквідації їх наслідків, та засади створення, функціонування і розвитку системи екстреної медичної допомоги.

Екстрена медична допомога – це медична допомога, яку надають працівники системи екстреної медичної допомоги з невідкладних організаційних, діагностичних та лікувальних заходів, спрямованих на врятування і збереження життя людини у невідкладному стані та мінімізацію наслідків впливу такого стану на її здоров'я. В питаннях, що не врегульовані цим спеціальним Законом, він відсилає до загального закону — Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» (частина 2 статті 1 Закон України «Про екстрену медичну допомогу»). Важливе місце у правовому регулюванні займають і галузеві стандарти та клінічні настанови, серед яких чільне місце займають клінічні протоколи. Найбільш часто застосовуваними, як свідчить статистка є: новий клінічний протокол Екстрена медична допомога: догоспітальний етап; травма органів грудної клітки – пневмоторакс; масивна кровотеча з кінцівок; зовнішня кровотеча з тулуба та шиї; тактична екстрена медична [2,3].

Аналізуючи згадані нормативні акти доречно звернути увагу на основні терміни та визначення, які є ключовими. Невідкладний стан людини – це раптове погіршення фізичного або психічного здоров'я, яке становить пряму та невідворотну загрозу життю та здоров'ю людини або оточуючих, і виникає внаслідок хвороби, травми, отруєння або інших внутрішніх чи зовнішніх причин.

До категорії екстрених належать звернення стосовно пацієнта, який перебуває у невідкладному стані, що супроводжується: непритомністю, судомами, раптовим розладом дихання, раптовим болем у ділянці серця, блюванням кров'ю, гострим болем у черевній порожнині, зовнішньою кровотечею, ознаками гострих інфекційних захворювань, гострими психічними розладами, що загрожують життю і здоров'ю пацієнта та/або інших осіб, чи зумовлений усіма видами травм (поранення, переломи, вивихи, опіки, тяжкі забої, травми голови), ураженням електричним струмом, блискавкою, тепловими ударами, переохолодженням, асфіксією всіх видів (утоплення, потрапляння сторонніх предметів у дихальні шляхи), ушкодженнями різної етіології під час надзвичайних ситуацій (дорожньо-транспортні пригоди, аварії на виробництві, стихійні лиха тощо), отруєннями, укусами тварин, змій, павуків та комах, порушенням нормального перебігу вагітності (передчасні пологи, кровотеча тощо), а також транспортування пацієнтів, які перебувають у стані, що потребує обов'язкового медичного сортування та термінової госпіталізації в лікувальний заклад.

До категорії неекстрених належать звернення пацієнта, стан якого не є невідкладним і супроводжується раптовим підвищенням температури тіла з кашлем, нежитем, болем у горлі; головним болем, запамороченням, слабкістю; болем у попереку, суглобах (радикуліти, остеохондроз, артрит, артроз); підвищенням артеріального тиску; больовим синдромом в онкологічних хворих; алкогольним, наркотичним, токсичним, абстинентним синдромами чи зумовлений загостренням хронічним захворюванням у пацієнтів, які перебувають під наглядом сімейного або дільничного лікаря з приводу гіпертонічної хвороби, виразки шлунка та дванадцятипалої кишки, хронічного запалення печінки, жовчного міхура, кишечника, хвороби нирок, суглобів тощо [1,3].

Екстрена медична допомога за найвищими стандартами має бути доступною для кожної людини за необхідністю, будь-де та будь-коли. Це вимагає відповідної системи заходів з медичної допомоги для всіх людей, чие життя раптово опинилося під загрозою, концепції надання догоспітальної, госпітальної та міжгоспітальної екстреної медичної допомоги. На сьогодні у світі існує міжнародна класифікація екстреної медичної допомоги, яка поділяється на такі групи:

- BLS (Basic Life Support) – базова підтримка життєдіяльності – комплекс заходів для підтримки або відновлення життєдіяльності організму в позалікарняних умовах, а також до прибуття бригади;
- ILS (Immediate Life Support) – надання невідкладної медичної допомоги при станах, які загрожують життю людини, черговим лікарем лікарні (лікарем екстреної медичної допомоги, амбулаторії загальної практики – сімейної медицини, кабінету поліклініки, в т.ч. стоматологічної, приватного стоматологічного кабінету, аптеки лікувальної установи) до прибуття фахівців спеціалізованої реанімаційної допомоги;

- ALS (Advance Life Support) – це спеціалізовані реанімаційні заходи, які виконують медики та парамедики із застосуванням відповідної апаратури, медикаментів, інструментарію на догоспітальному та ранньому госпітальному етапах;
- ATLS (Advance Trauma Life Support) – професійне кваліфіковане надання невідкладної медичної допомоги при різних травмах як на догоспітальному, так і на ранньому госпітальному періодах (головним чином, надають лікарі, рідше медичні сестри, парамедики);
- ACLS (Advance Cardiac Life Support) – надання професійної спеціалізованої екстреної медичної допомоги при серцево-судинній патології (надають лікарі, медичні сестри, парамедики);
- PALS (Pediatric Advance Life Support) – надання професійної екстреної медичної допомоги дітям (здійснюють лікарі, медичні сестри, парамедики).

Надання екстреної та невідкладної медичної допомоги в Україні здійснюють на таких рівнях: домедична допомога; долікарська медична (догоспітальна) допомога; лікарська медична (догоспітальна) допомога.

Домедична допомога – комплекс екстрених простих медичних заходів, що надають постраждалому чи особі, яка раптово захворіла, на місці події та на період його транспортування до медичного закладу. Особи, зобов'язані надавати домедичну допомогу людині в невідкладному стані: рятувальники аварійно-рятувальних служб, працівники державної пожежної охорони, працівники органів та підрозділів міліції, фармацевтичні працівники, провідники пасажирських вагонів, бортпровідники та інші особи, які не мають медичної освіти, але за своїми службовими обов'язками повинні володіти практичними навичками з рятування та збереження життя людини, яка перебуває у невідкладному стані.

Діапазон дій з надання домедичної допомоги передбачає три основні групи заходів:

- негайне припинення дії зовнішніх шкідливих факторів (електричного струму, високих та низьких температур, стискання постраждалого важкими предметами) із дотриманням особистої безпеки та евакуація постраждалих із вищеперерахованих несприятливих умов, в які вони потрапили (з пошкодженого транспортного засобу, води, приміщення, що горить або в якому накопичилися отруйні гази);
- надання домедичної допомоги постраждалим залежно від характеру та виду травми, нещасного випадку або захворювання, що виникло зненацька (зупинка кровотечі, штучне дихання, непряма компресія грудної клітки, накладання пов'язки на рану тощо);
- організація швидкого транспортування хворого або постраждалого до лікувального закладу.

Долікарську медичну (догоспітальну) допомогу – здійснюють фельдшерські бригади екстреної медичної допомоги. В останні десятиліття за кордоном таку допомогу надають переважно парамедики – особи з медичною освітою 1-2 рівня акредитації чи без неї, які діють згідно з прийнятими алгоритмами при наданні

медичної допомоги. Проте виключно позитивним явищем для України є надання медичної допомоги саме професійними лікарями, фельдшерами, які мають абсолютно чітке уявлення про доцільність проведення тих чи інших заходів у певному порядку, задля надання особі медичної допомоги.

Лікарську медичну (догоспітальну) допомогу – надають лікарські бригади, які мають у своєму розпорядженні необхідну апаратуру, інструментарій, медикаменти тощо та володіють теоретичними знаннями і практичними навичками з надання кваліфікованої екстреної догоспітальної медичної допомоги. Типовий склад лікарської бригади: лікар, фельдшер, медична сестра, водій. Керівником бригади є лікар, якому підпорядковуються всі працівники, він несе персональну відповідальність за її роботу. Бригада розташовується в приміщенні станцій, підстанцій, відділень, пунктах постійного або тимчасового перебування. Робоче місце бригади визначає керівник Центру з урахуванням необхідності виконання нормативу прибуття бригаад на місце події. З метою наближення надання медичної допомоги населенню на догоспітальному етапі, шляхом забезпечення своєчасного прибуття бригади екстреної медичної допомоги до пацієнта (постраждалого), на базі закладу охорони здоров'я (сільської лікарської амбулаторії, дільничної (районної) лікарні, поліклініки міста, що розташовані на території діяльності станції, підстанції (відділення)) утворюють пункти тимчасового базування бригад екстреної (швидкої) медичної допомоги. Пункт відкривають за рішенням міської (районної) виконавчої влади після укладання договору між керівниками станції і медичним закладом, який надає приміщення для базування пункту.

Госпіталізацію пацієнтів за невідкладними станами здійснюють цілодобово бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги. Рішення про екстрену госпіталізацію приймає керівник бригади швидкої медичної допомоги після огляду та надання медичної допомоги постраждалому. Усі пацієнти, яких доправили до лікувально-профілактичного закладу бригади або звернулись самостійно, підлягають обов'язковому прийому черговим медичним персоналом приймального відділення/відділення невідкладної медичної допомоги незалежно від місця проживання, реєстрації, наявності чи відсутності документів, що засвідчують особу пацієнта.

Література:

1. Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я»
<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text>
2. Закон України «Про екстрену медичну допомогу»,
<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/5081-17#Text>
3. Галузеві стандарти та клінічні настанови
<https://www.dec.gov.ua/mtd/ekstrena-medychna-dopomoga-2016-rik/>

**ОРГАНІЗАЦІЯ НАДАННЯ ХІРУРГІЧНОЇ ДОПОМОГИ В ДУ «ЦЕНТР
ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ДЕРЖАВНОЇ КРИМІНАЛЬНО-ВИКОНАВЧОЇ
СЛУЖБИ УКРАЇНИ»**

Передерій Н.Ю., Шондолі М. Ю.

Філія ДУ «Центр охорони здоров'я державної кримінально-виконавчої служби України»

Державну установу «Центр охорони здоров'я Державної кримінально-виконавчої служби України» було утворено у рамках реалізації реформ в установах ДКВС України, на виконання розпорядження Кабінету Міністрів України наказом Міністерства юстиції України від 2 листопада 2017 року.

Загалом мережа закладів охорони здоров'я ЦОЗ ДКВС України включає 107 закладів: 88 медичних частини, 3 фельдшерські пункти та 16 лікарняних закладів на 2930 ліжок. Серед лікарняних закладів 8 багатопрофільних лікарень, 7 туберкульозних та 1 психіатрична.

На роботу лікарняних закладів ЦОЗ ДКВС України серйозно вплинули обмежувальні заходи з приводу COVID-19 (відсутність етапів із установ виконання покарань до лікарняних закладів і навпаки). Протягом 2020 року медична допомога засудженим надавалась у 8 багатопрофільних лікарнях (БПЛ).

У лікарняних закладах функціонують відділення: онкологічне - на 30 ліжок (Львівська область), офтальмологічне - на 20 ліжок (Вінницька область), 2 інфекційних – на 70 ліжок (для ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД) (Вінницька область – 30 ліжок та Херсонська область – 40 ліжок), дерматологічне - на 30 ліжок (Хмельницька область).

За 2020 рік у багатопрофільній лікарні отримали стаціонарне лікування 5869 засуджених, що на 2650 осіб менше (на 31%), ніж у 2019 році (8519 осіб). Середня зайнятість ліжка у 2020 році становить 175,5 діб (у 2019 році становила 172,5 доби). Середня тривалість перебування хворого на ліжку у 2020 році 27,5 діб (у 2019 році - 22,3 доби), оберт ліжка склав 6,4 (у 2019 році - 7,7).

Кількість оперативних втручань, проведених у 2020 році – 867, хірургічна активність склала 46,3%, що вище ніж у 2019 році (812 та 25,2% відповідно).

Найнижча хірургічна активність зареєстрована у Дніпровській БПЛ № 4 Дніпропетровської області (0), Стрижавській БПЛ № 81 Вінницької області (21,9%) та у Темнівській БПЛ № 100 Харківської області (21,8%).

Післяопераційна летальність (кількість померлих після оперативних втручань на 100 прооперованих) у 2020 році склала 0,1 (у післяопераційному періоді помер 1 хворий у Дарівській БПЛ № 10 Херсонської області).

Лікарі відділу є членами робочих груп з питань оновлення матеріально-технічної бази лікувальних закладів ЦОЗ ДКВС України та закупівлі лікарських засобів та виробів медичного призначення, приймають участь у роботі тендерного комітету.

Проводиться планова робота по направленню (відбору) хворих засуджених на стаціонарне лікування до лікарняних закладів ЦОЗ ДКВС України.

НЕВІДКЛАДНІ СТАНИ В ПРАКТИЦІ ЛІКАРЯ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Ременяк Т. П.

В 2018 році розпочалося реформування первинної медичної допомоги та розширення повноважень лікаря загальної практики - сімейного лікаря згідно чинного законодавства.

Первинна медична допомога - медична допомога, що надається в амбулаторних умовах або за місцем проживання (перебування) пацієнта спеціалістами первинної медичної допомоги та передбачає надання консультації, проведення діагностики і лікування найбільш поширених хвороб, травм, отруєнь, патологічних, фізіологічних (під час вагітності) станів, здійснення профілактичних заходів; направлення відповідно до медичних показань пацієнта, який не потребує екстреної медичної допомоги, для надання йому вторинної (спеціалізованої) або третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги; надання невідкладної медичної допомоги в разі гострого розладу фізичного чи психічного здоров'я пацієнта, який не потребує екстреної, вторинної (спеціалізованої) або третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги.

Надання ПМД сімейним лікарем регулюється наказом № 504 від 19.03.2018, де розглядається порядок надання ПМД, перелік послуг з ПМД та організація їх надання, правила надання ПМД. Також надається перелік медичних послуг з надання первинної медичної допомоги. В даному пункті в межах ПМД визначні обов'язки сімейного лікаря при наданні допомоги у невідкладних станах.

Для забезпечення своєчасності, послідовності та безперервності надання медичної допомоги пацієнтам у невідкладних станах, спеціалісти ПМД за наявності показань до екстреної госпіталізації або консультації у заклади охорони здоров'я вторинної (спеціалізованої) або третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги здійснюють виклик бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги, після попереднього надання медичної екстреної допомоги сімейним лікарем в межах своєї компетенції.

Сімейний лікар в своїй практиці, що стосується і допомоги при невідкладних станах, повинен дотримуватися клінічних протоколів, міжнародних настанов та принципів доказової медицини.

Гіпертензивний криз - це гострий значний підйом артеріального тиску від нормального або підвищеного рівня, що супроводжується появою або посиленням симптомів з боку органів-мішеней або вегетативної нервової системи, вторинною щодо гіпертензії.

Критеріями гіпертензивного кризу є: раптовий початок; значне підвищення артеріального тиску; поява або посилення симптомів з боку органів-мішеней.

Залежно від того, чи є ураження органів-мішеней, а також від необхідності термінового зниження артеріального тиску вирізняють: ускладнені кризи, які характеризуються гострим або прогресуючим ураженням органів-мішеней, становлять пряму загрозу життю хворого та потребують негайного (від кількох хвилин до однієї-двох годин) зниження АТ; неускладнені кризи – без гострого або прогресуючого ураження органів-мішеней, становлять потенційну загрозу життю

хворого і потребують швидкого (протягом кількох годин) зниження артеріального тиску.

Невідкладна допомога при гіпертензивному кризі: основне завдання - попередити розвиток ускладнень; забезпечити моніторинг артеріального тиску; заспокоїти пацієнта і пояснити тактику лікування (за необхідності призначити седативні препарати); провести оцінку клінічного стану, в тому числі ризику виникнення ускладнень, які загрожують життю; визначити причину підвищення АТ (уточнити, коли останній раз пацієнт приймав планові антигіпертензивні лікарські засоби); надати антигіпертензивні препарати (сублінгвально/перорально). За неможливості моніторингу та/або розвитку ускладненого ГК пацієнта якнайшвидше направляють до закладів, що надають вторинну стаціонарну медичну допомогу.

Гострий коронарний синдром (ГКС) – група симптомів і ознак, які дозволяють підозрювати гострий інфаркт міокарда або нестабільну стенокардію. Термін ГКС використовується при першому контакті з хворими, як попередній діагноз. **ГКС без елевації сегмента ST:** клінічний синдром, спричинений гострим або прогресуючим обмеженням потоку крові через коронарну артерію (**нестабільна стенокардія - НС**), що у частини пацієнтів призводить до некрозу серцевого м'яза і проявляється зростанням рівня маркерів некрозу в крові без «нової» елевації сегмента ST на ЕКГ (**інфаркт міокарда без елевації сегмента ST**). **Інфаркт міокарда з елевацією сегмента ST:** клінічний синдром, переважно спричинений припиненням потоку крові через коронарну артерію внаслідок її оклюзії, що призводить до некрозу серцевого м'яза, проявляється зростанням рівня маркерів некрозу міокарда в крові та стійкою елевацією сегмента ST на ЕКГ. **Інфаркт міокарда з елевацією сегмента ST без обструктивного атеросклеротичного ураження коронарних артерій:** інфаркт міокарда в особи без суттєвого ураження коронарних артерій (яке звужує просвіт артерії на $\geq 50\%$). Причини: транзиторне тромботичне ураження артерії, яке виникає в результаті тріщин або виразкування атеросклеротичної бляшки, яка несуттєво звужує просвіт артерії, спазм коронарної артерії, розшарування стінки артерії, коронарна емболія, порушення коронарної мікроциркуляції, хвороби міокарда (міокардит, кардіоміопатія тако-тсубо); дисбаланс між потребою міокарда в кисні і його забезпеченні киснем (інфаркт типу 2) в результаті тахіаритмії, кровотечі, сепсису, гіпертонічного кризу, гіпотензії або гострої серцевої недостатності.

Типові клінічні симптоми ГКС – відчуття здавлювання і тяжкості за грудниною з іррадіацією у ліву руку, шию або щелепу, що можуть бути переривчастими (як правило, тривають кілька хвилин), або постійними. Ці скарги можуть супроводжуватися іншими симптомами, такими як пітливість, нудота, біль у животі, задишка і непритомність. Проте нерідко зустрічаються атипові прояви, такі як епігастральний біль, диспепсія, пронизуючий біль у грудях, біль у грудях з характерними ознаками ураження плеври або посилення задишки. Атипові скарги частіше спостерігають у пацієнтів віком понад 75 років, жінок та у пацієнтів з діабетом, хронічною нирковою недостатністю або деменцією. Відсутність болю у грудях призводить до помилок при розпізнаванні та лікуванні

захворювання. Особливо важко поставити діагноз та призначити лікування, якщо на ЕКГ не виявляють особливостей або майже не виявляють, або навпаки, якщо на ЕКГ виявляють невеликі відхилення за рахунок дефекту внутрішньошлуночкової провідності, або гіпертрофії лівого шлуночка.

Невідкладна допомога при ГКС: хворий, якому раніше було призначено нітрогліцерин для разового застосування з метою купірування коронарного болю, повинен у разі появи болю у грудній клітці прийняти **1 дозу нітрогліцерину сублінгвально** (можливо наступні дози під наглядом медичного персоналу). Якщо впродовж 5 хв біль у грудній клітці не минає або посилюється. Хворий (або присутня поряд особа) повинен **негайно викликати швидку допомогу (тел. 103)**. Хворого з підозрою на інфаркт міокарда необхідно транспортувати до лікарні каретою швидкої допомоги. АСК (застосовується у випадку, якщо пацієнт її самостійно не приймав до приїзду бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги) розжувати 160- 325 мг. Для лікарських бригад можливе в/в введення розчину АСК 1,0. При наявності протипоказань до застосування АСК можливе застосування клопідогрелю 300 мг всередину. Ефективним є застосування комбінації АСК та клопідогрелю. Ранній початок подвійної антитромбоцитарної терапії показано всім пацієнтам (за відсутності протипоказань). Бета-блокатори призначаються якомога раніше усім пацієнта з ГКС, які не мають протипоказань. Наркотичні анальгетики: перевага надається морфіну – вводити дробно по 2-5 мг кожні 5-15 хв. до припинення больового синдрому та задухи або появи побічної дії (гіпотензії, пригнічення дихання, нудоти, блювоти). Подальша тактика залежить від даних ЕКГ.

Термін «гострий живіт» застосовують, коли не вдається встановити точний діагноз гострого хірургічного захворювання органів черевної порожнини. Симптоми гострого живота: раптова поява гострого болю в животі (постійного або переймоподібного); нудота та блювання; часта затримка випорожнень та припинення відходження газів; обмежене або поширене напруження м'язів передньої черевної стінки; позитивний симптом Щоткіна-Блюмберга. У всіх жінок з ознаками гострого живота необхідно зібрати гінекологічний анамнез. Розмовляти з хворою потрібно на одинці, тим паче без сторонніх осіб. З'ясувати дату останньої менструації, останнього огляду гінекологом, наявність хронічних гінекологічних захворювань, кількість пологів та абортів. Невідкладна допомога з симптоми гострого живота: хворого необхідно негайно госпіталізувати в хірургічне відділення. До моменту госпіталізації забороняється вводити знеболюючі, антибіотики, проносні, робити клізму, давати хворому грілку. Всі дії повинні бути чіткими та швидкими.

Астма є гетерогенним захворюванням, яке зазвичай характеризується хронічним запаленням дихальних шляхів. Клінічні симптоми астми є: кашель, задишка, свистяче дихання, скутість грудної клітини, участь у диханні допоміжних м'язів, порушення сну. Легкі заострення бронхіальної астми – задишка при ходьбі, можлива збудженість хворого, помірно виражене свистяче дихання, часто в кінці видиху. Заострення середньої важкості – різке збільшення клінічних проявів: задишка при розмові, переважно сидяче положення, пацієнт

збуджений, розмовляє фразами, збільшена частота дихання, в акті дихання приймає участь допоміжна мускулатура, голосне свистяче дихання, тахікардія, може визначатись парадоксальний пульс. До раніше призначеної терапії додаються оральні глюкокортикостероїди. Невідкладна допомога: **ліквідувати обструкцію бронхів** - шляхом інгаляції β_2 -міметика швидкої дії; **ліквідувати гіпоксемію** - шляхом оксигенотерапії; **зменшити активність запального процесу і попередити повторні загострення** — шляхом раннього застосування системних ГК.

Сімейний лікар повинен вміти надавати невідкладну допомогу при різних загрозливих життю станах: зупинці серцевої діяльності та зовнішнього дихання, гіпертензивному кризі, бронхообструктивному, больовому синдромі тощо. Своєчасна діагностика та вміння професійно надати невідкладну допомогу на догоспітальному етапі сприяє уникненню важких ускладнень, розвитку незворотніх змін в організмі та покращує подальші результати лікування.

ОРГАНІЗАЦІЯ НАДАННЯ ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ДІТЯМ НА СТАЦІОНАРНОМУ РІВНІ

Савченко Л.П.¹, Карпова Ю.М.¹, Плужнікова Т.В.²

¹КП «Дитяча міська клінічна лікарня ПОР», м. Полтава

²Полтавський державний медичний університет, м. Полтава

Охорона дитинства займає особливе значення в системі охорони здоров'я України. Одним з важливих стратегічних завдань нашої держави є реалізація прав дітей на оздоровлення та належне медичне обслуговування. В Україні в процесі реформування системи охорони здоров'я постійну увагу приділяють вирішенню найактуальніших проблем, що стосуються збереження здоров'я дітей, зниженню показників малюкової смертності, дитячої захворюваності та інвалідності. Основними напрямками реформування є: розвиток профілактичних заходів, побудову нових структурних лікувально-профілактичних підрозділів, проведення національних і регіональних епідеміологічних і клінічних досліджень, виходячи з результатів яких можна буде в подальшому простежувати і контролювати ситуацію з найактуальніших проблем педіатрії.

Дитяча міська клінічна лікарня м. Полтави є надає консультативну та лікувально-діагностичну допомогу дітям міста Полтава та Полтавської області у віці від 0 до 18 років. У складі лікувального закладу 10 стаціонарних відділень на 300 ліжок, з них 9 відділень виконують функції обласних, та 9 ліжок інтенсивної терапії поза ліжкового фонду. Допомога надається цілодобово.

Приймальне відділення дитячої міської клінічної лікарні м. Полтави здійснює цілодобовий прийом пацієнтів та надання їм екстреної медичної допомоги згідно з протоколами, затвердженими Міністерством охорони здоров'я України. В період пандемії коронавірусної хвороби медичним персоналом проводиться сортування хворих по стаціонарним відділенням згідно профілю.

За 6 місяців 2021 року на приймальне відділення за медичною допомогою звернулось 5206 хворих (за 6 міс. 2020 року - 5889), із них госпіталізовано 4069 хворих, що склало 78,1% від усіх звернень (у 2020 році – 4240 – 71,9 %). Кількість

виписаних хворих по стаціонару складає 4002. Фактична робота ліжка складає 133,5 днів проти 146,4 у 2020 році. Середня тривалість перебування хворого на ліжку 6,9 проти 7,7 за 6 міс. 2020 р. Обіг ліжка - 19,2 проти 19,1 у 2020 р. Летальність складає 0,25% .

Хірургічне відділення дитячої міської клінічної лікарні м. Полтави надає висококваліфіковану спеціалізовану допомогу дітям із хірургічною патологією, в тому числі новонародженим дітям з вродженими вадами розвитку. В наявності опікові ліжка, нейрохірургічні, щелепно-лицьові, урологічні, гнійної хірургії та загально-хірургічні. За 6 міс. 2021 року термінову хірургічну допомогу надано 102 хворим. Всього у стаціонарі проведено 1673 операції проти 1783, прооперований 1400 хворий. У складі відділення є операційний блок з сучасним обладнанням.

Відділення анестезіології та інтенсивної терапії проводить інтенсивне лікування дітей при різних патологічних станах та в післяопераційному періоді, забезпечує знеболення під час оперативних втручань та маніпуляцій у дітей віком від народження до 18 років. З 2020 року організовані ліжка інтенсивної терапії для надання допомоги хворим з корона-вірусною хворобою COVID -19.

Лікувальний заклад посилює свій потенціал роботи для надання якісної медичної допомоги дітям. Основними стратегічними напрямками роботи Дитячої міської клінічної лікарні м. Полтави є:

- підтримання на належному рівні хірургічної активності по всіх відділеннях хірургічного профілю з виконанням оперативних втручань високого рівня;
- впровадження сучасних новітніх технологій в усій галузі спеціалізованої медичної допомоги в поліклінічних та стаціонарних відділеннях, освоєння нового медичного обладнання;
- забезпечення виконання державних програм та медичних гарантій дитячому населенню міста та області;
- безперервний професійний розвиток всього медичного персоналу;
- проведення капітального та поточного ремонту у всіх структурних підрозділах для створення оптимальних умов перебування пацієнтів;
- здійснення постійного контролю за ефективним використанням медичного обладнання, лікарських засобів та матеріальних ресурсів по лікарні.

ОСОБЛИВОСТІ ЕКСПРЕСІЇ CD68⁺ ТА CD163⁺ СУБПОПУЛЯЦІЙ МАКРОФАГІВ ПЛАЦЕНТ ЖІНОК ІЗ ПРЕЕКЛАМПСІЄЮ, ЩО ВИНИКЛА НА ФОНІ СУПУТНЬОГО ОЖИРІННЯ

Тарасенко К.В., Зелінка-Хобзей М.М.

Полтавський державний медичний університет

Ожиріння залишається одним із розповсюджених захворювань в світі, яке за оцінками експертів серед європейських жінок складає від 6 до 37%. Поширеність ожиріння також зростає у жінок репродуктивного віку, і в даний час, більше, ніж

кожна п'ята вагітна жінка страждає ним. Ожиріння матері пов'язане зі збільшенням захворюваності та смертності як самої матері, так і плода. Ожиріння провокує розвиток антенатальних ризиків, зокрема і прееклампсію. Збільшення індексу маси тіла у вагітних від 35 кг/м^2 і вище викликає зростання на 30% ризику розвитку прееклампсії. Проте, механізми, що лежать в основі підвищеного ризику розвитку ожиріння та прееклампсії вагітних залишаються і досі недостатньо вивчені.

Показано, що провідними факторами розвитку ожиріння є запалення низької інтенсивності, ендотеліальна дисфункція та гіперактивація імунних процесів. Ожиріння супроводжується локальним (жирова тканина, плацента та ендотелій судин) і системним (циркулюючі фактори у плазмі крові) підвищенням запальної реакції. Порушення розвитку плаценти вагітних при ожирінні обумовлено накопиченням ліпідів у вигляді неестерифікованих жирних кислот та високим рівнем циркулюючих прозапальних медіаторів (ФНП- α , ІЛ-1 β , ІЛ-6, СРБ), які запускають дисрегуляцію інвазії трофобласта, ангіогенезу та транспортування поживних речовин, окисний стрес, посилення локального запалення та міграції активованих імунних клітин у тканину на межі матері та плоду. Ці пошкодження плаценти часто характеризують перебіг прееклампсії. Передбачається, що зв'язок між ожирінням матері та прееклампсією включає імунні клітини в жировій тканині матері та в плаценті, що сприяє більш вираженому порушенню плацентациї.

Макрофаги відносяться до клітин вродженої ланки імунного захисту та підтримують гомеостаз в плаценті, регулюючи процеси плацентациї, ангіогенезу та ремоделювання тканини, забезпечують імунну толерантність у системі мати-плід. Виділяють дві основні субпопуляції макрофагів: класично активований, прозапальний M1 тип (CD68) та альтернативно активований, протизапальний M2 тип (CD163). Ці фенотипи мають різні функції, стимули до переключення, профілі генної експресії і, як наслідок, по-різному відповідають на зовнішні впливи. Порушення поляризації M1/M2 макрофагів на сьогоднішній день розглядається як один з ключових чинників, що сприяє розвитку і прогресуванню ожиріння. Показано, що дисбаланс співвідношення M1/M2 макрофагів в плаценті відмічається при вагітності, що супроводжується затримкою внутрішньоутробного розвитку плода, а також при прееклампсії. Разом з тим, питання ролі M1 та M2 макрофагів і процес їх поляризації в плаценті при ожирінні з прееклампсією є не дослідженим і потребує подальшого вивчення, що сприятиме поглибленню знань про механізми патогенезу та пошуку нових мішеней при лікуванні під час вагітності.

Мета роботи – вивчити особливості експресії CD68⁺ та CD163⁺ субпопуляцій макрофагів імуногістохімічним методом дослідження плацент жінок із прееклампсією, що виникла на фоні супутнього ожиріння.

Нами проведено імуногістохімічне дослідження з визначенням CD68⁺ та CD163⁺ макрофагів у плацентах жінок із фізіологічною масою тіла, які склали контрольну групу (n=5); жінок з ожирінням II ступеня (n=5); жінок із

фізіологічною масою тіла та преекламписією (n=5); жінок з ожирінням II ступеня та преекламписією (n=5).

Аналіз рівня експресії CD68⁺ та CD163⁺ децидуальних макрофагів плаценти свідчить про переважання CD68⁺ прозапального профілю над CD163⁺ протизапальним профілем у жінок усіх груп. Однак, не відмічено зміщення поляризації M1/M2 макрофагів у фібротично змінених ділянках плаценти в жодній з груп. Оцінка рівня експресії CD68⁺ та CD163⁺ клітин Кащенко-Гофбауера у стромі термінальних ворсин плаценти показала, що рівень експресії CD68⁺ макрофагів достовірно вище у жінок з ожирінням та преекламписією, ніж у жінок із контрольної групи або у жінок із ожирінням, або у жінок з преекламписією. Проте відмічено протилежну тенденцію зміщення поляризації клітин Кащенко-Гофбауера у стромі термінальних ворсин плаценти у сторону переважання CD163⁺ макрофагів над CD68⁺ макрофагами у групах жінок з: фізіологічною масою тіла, фізіологічною масою тіла та преекламписією, з ожирінням та ожирінням з преекламписією.

Порушення співвідношення протизапального та прозапального профілю плацентарних макрофагів із переважанням останніх може призводити до виникнення преекламписії.

Ключові слова: преекламписія, вагітність, M1 та M2 макрофаги, ожиріння.

НЕВІДКЛАДНІ СТАНИ У ХІРУРГІЇ

Уграновська В.А.¹, Маркова О.В.²

¹КНП «Зіньківська МЦЛ», м Зеньків

²Кременчуцький льотний коледж

Шлунково-кишкова кровотеча, як ускладнення виразкової хвороби служить найбільш частим ускладнення широккого кола гострих або хронічних захворювань органів травлення, що становлять потенційну небезпеку для життя пацієнта.

Джерелом кровотечі може бути будь-який відділ шлунково-кишкового тракту – стравохід, шлунок, тонкий і товстий кишечник. За частоті в гастроентерології шлунково-кишкова кровотеча стоїть на п'ятому місці після гострого апендициту, холецистити, панкреатиту та защемленої грижі.

На сьогоднішній день описано понад сто захворювань, які можуть супроводжуватися шлунково-кишковою кровотечею. Всі геморагії умовно можна розділити на 4 групи: кровотечі при ураженні ШКТ, портальної гіпертензії, пошкодженнях судин і захворюваннях крові; кровотечі, що виникають при ураженнях ШКТ, можуть бути обумовлені виразковою хворобою шлунка або 12-палої кишки, езофагітом, новоутвореннями, дивертикулами, грижею стравохідного отвору діафрагми, хворобою Крона, неспецифічний виразковий коліт, гемороєм, анальною тріщиною, гельмінтозами, травмами, інородними тілами і т. д.; факторами, безпосереднього провокуючими шлунково-кишкову кровотечу, можуть бути прийом аспірину, нестероїдних протизапальних засобів, кортикостероїдів, алкогольна інтоксикація, блювота, контакт з хімікатами, фізична напруга, стрес.

При кровотечах з верхніх відділів ШКТ з'являється кривава блювота (гематомезис), що має вигляд «кавової гущі», що пояснюється контактом крові з соляною кислотою. При профузній шлунково-кишковій кровотечі блювотні маси мають яскраво-червоний або темно-червоний колір. Другою характерною ознакою гострих геморагій з ШКТ служить стілець (мелена). Наявність згустків або прожилок червоної крові свідчить про кровотечу з ободової, прямої кишки або анального каналу. Симптоми шлунково-кишкової кровотечі супроводжуються ознаками основного захворювання, що призвів до ускладненнями. При цьому можуть спостерігатися болі в різних відділах ШКТ, асцит, симптоми інтоксикації, нудота, дисфагія, відрижка і т. д. прихованої шлунково-кишкова кровотеча може бути виявлено тільки на підставі лабораторних ознак – анемії і позитивної реакції калу на приховану кров.

Гострі отруєння - це захворювання хімічної природи, які розвиваються при попаданні в організм хімічних речовин в такій дозі, яка є токсичною. Гострі отруєння викликають серйозні порушення функцій організму, і можуть створити серйозну загрозу для життя. Токсична речовина може потрапити в організм через ротову порожнину, дихальні шляхи, шкірні покриви, зовнішній слуховий прохід, а також у випадку ін'єкцій та інших медичних маніпуляцій. Як правило, отруєння виникає раптово, і розвивається стрімко. Тому в такому випадку необхідно дуже швидко приймати відповідні заходи. Для постановки правильного діагнозу лікар обмежений у часі, що створює певне навантаження (в тому числі і психологічну). Після постановки правильного діагнозу приймаються термінові заходи по детоксикації організму і усунення небезпечних клінічних проявів отруєння.

Випадкові отруєння бувають викликані помилковим прийомом усередину побутових хімікаліїв, медикаментів зовнішнього застосування та інших хімічних препаратів при їх неправильному використанні або зберіганні в посуді з-під алкогольних та інших напоїв. Особливе місце займають отруєння у дітей, частіше у віці до п'яти років. Зростання числа гострих отруєнь у дітей пов'язане з випуском великої кількості нових лікарських речовин і зберіганням їх в домашніх умовах у місцях, доступних дітям. Увагу дітей привертають яскрава упаковка і форма пігулок. Перебіг гострих отруєнь у дітей відбувається дуже своєрідно, оскільки внаслідок анатомо-фізіологічних особливостей нервової і серцево-судинної систем отрута швидше проникає в організм дитини.

Надходження токсичної речовини в організм можливе через рот (пероральні отруєння), через незахищені шкірні покриви (перкутанні отруєння), після ін'єкції токсичних доз лікарських препаратів (ін'єкційні отруєння) або при введенні токсичних речовин в різні порожнини організму - пряму кишку, піхву та ін.

Виділення отрут з організму відбувається різними шляхами. Через дихальні шляхи виділяються окис вуглецю, алкоголь, ацетон, синильна кислота та ін.. У таких випадках повітря, що видихається, має запах речовини, якою отруївся постраждалий. Майже всі отруйні речовини або продукти їх розпаду виділяються з організму через нирки разом з сечею. Через слизову оболонку товстої кишки виділяються солі важких металів, ртуть, свинець та ін.. Органи, через які

виділяються отрути, нерідко сильно ушкоджуються ними, що викликає важкі захворювання.

На місці події слід встановити причину отруєння, вид токсичної речовини, її кількість і шлях надходження в організм, і, по можливості, час отруєння. Всі постраждалі з клінічною картиною гострого отруєння підлягають терміновій госпіталізації в спеціалізовані центри по лікуванню отруєнь або в лікарні швидкої допомоги.

Особливості невідкладної допомоги при гострих отруєннях полягають в необхідності проведення низки поєднаних лікувальних заходів, метою яких є наступне: припинити подальше надходження і прискорити виведення токсичних речовин з організму; якнайскоріше знешкодити отруту за допомогою застосування специфічної антидотної терапії; забезпечити захист і підтримку тієї функції організму, яка переважно вражається даною токсичною речовиною.

СВОЄЧАСНА ДІАГНОСТИКА ПРИ ВЕРТИКАЛЬНОМУ ПЕРЕЛОМІ КОРЕНЯ ЗУБА ПІСЛЯ ЕНДОДОНТИЧНОГО ЛІКУВАННЯ

Федик Т.В., Гаджула Н.Г., Повшенюк А.В., Федик А.В., Квірікашвілі А.М.

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

Кафедра терапевтичної стоматології

Вступ. Вертикальний перелом кореня депульпованих зубів вважається ускладненням ендодонтичного лікування. Своєчасна діагностика таких переломів надзвичайно складна, додаткові методи обстеження (рентгенологічний, комп'ютерна томографія) не завжди ефективні. Через подібність клінічних проявів вертикального перелому кореня зуба з іншими захворюваннями (апикальний періодонтит, пародонтит тощо), стоматолог часто обирає неправильну тактику лікування, що призводить до втрати кісткової тканини, часу, і, відповідно, до погіршення умов подальшого протезування після видалення зуба.

Мета: Розглянути клінічні випадки вертикального перелому кореня зуба та проаналізувати ефективність методик їх діагностики.

Матеріали та методи. У пацієнтів 40-65 років розглянуто 34 випадки вертикального перелому кореня зубів (4 різця, 11 премолярів та 19 молярів), які завершилися видаленням зуба (29 зубів), ампутацією кореня у верхніх молярах (3) і гемісекцією у нижніх молярах (2). В середньому після ендодонтичного лікування минуло 42 місяці. Під час дослідження оцінювали: скарги пацієнта (суб'єктивна оцінка), результати огляду, пальпацію, перкусію з додатковим проведенням тесту накушування резинового циліндру або палички tooth slooth, наявність пародонтального дефекту та його зондування, наявність та особливості нориці, рентгенологічні зміни, ознаки фенестрації кістки, в 5 випадках проводилось відшарування слизово-окісного клаптя.

Результати. Суб'єктивна оцінка: в 19 пацієнтів (55,9±8,52%) виникав дискомфорт у зубі, 5 пацієнтів (14,7±6,07%) відмічали неприємні відчуття або незначний біль при жуванні, який виникав тільки під час розтиснення щелеп, 2 пацієнти (5,9±4,04%) мали незначну рухомість зуба, 15 пацієнтів (44,1±8,52%)

скаржились на припухлість ясен в ділянці лікованого зуба, появу нориці та неприємний присмак в роті.

При огляді в 6 пацієнтів ($17,6 \pm 6,53\%$) виявлено локальний набряк та абсцедування ясен. В 9 пацієнтів ($26,5 \pm 7,57\%$) діагностовано низько локалізовану норицю: в 3 клінічних випадках – на піднебінному боці, в 5 випадках – на вестибулярному, в 1 клінічному випадку – дві нориці (піднебінну та вестибулярну). В 24 пацієнтів ($70,6 \pm 7,81\%$) виявлено пародонтальний дефект по типу пародонтальної кишені біля зуба з вертикальним переломом кореня, який у 17 клінічних випадках розташований вестибулярно, в 5 – на язиковій поверхні, в 2 – на вестибулярній та язиковій поверхнях. Пародонтальний дефект у всіх випадках був вузький та глибокий (6 мм і більше). Перкусія зуба у 7 пацієнтів ($20,6 \pm 6,94\%$) була слабо болісна. Після проведення тесту з накушуванням резинового циліндру / палички tooth slooth біль виникає при розтисненні щелеп, що відрізняє вертикальний перелом кореня від апікального періодонтиту.

Рентгенологічні результати. Лише в 6 клінічних випадках ($17,64 \pm 6,54\%$) на прицільній внутрішньоротовій рентгенограмі виявлено вертикальну лінію перелому. В 4 випадках ($12,5 \pm 5,67\%$) жодних патологічних змін кісткової тканини в ділянці зуба з вертикальним переломом кореня не встановлено. В 30 випадках ($88,2 \pm 5,53\%$) мала місце резорбція кісткової тканини: найчастіше у 24 клінічних випадках ($80,0 \pm 6,16\%$) спостерігали J-подібну ділянку просвітлення в періапікальній кістці та вздовж латеральної поверхні кореня з переломом, у 2 випадках ($6,7 \pm 4,56\%$) конфігурацію просвітлення “вісяча крапля” навколо апекса, в 4 клінічних випадках ($13,3 \pm 6,2\%$) – резорбцію кістки в області бі- та трифуркації коренів молярів.

П'ятьом пацієнтам ($14,7 \pm 6,07\%$) проведено відшарування слизово-окісного клаптя з подальшою оцінкою стану альвеолярної кістки та коренів зуба за допомогою мікроскопа. В усіх 5 випадках підтверджено перелом після фарбування поверхні кореня метиленовим синім.

Висновки. Рання діагностика вертикального перелому кореня зуба утруднена. В більшості випадків пацієнти звертаються зі скаргами на неприємні відчуття, біль та абсцедування, тобто, коли вже наявна значна резорбція кісткової тканини. Не існує характерних патогномонічних неінвазивних суб'єктивних, клінічних та рентгенологічних ознак, які б дозволили чітко ідентифікувати вертикальний перелом кореня зуба, особливо до появи дефектів альвеолярної кістки. Ряд ознак, а саме: ізольована (вузька) пародонтальна кишеня; коронково розташований норицевий хід; характерна деструкція кісткової тканини (у вигляді ореолу) на рентгенограмі вказують на ймовірність вертикального перелому кореня зуба. Ознаки фенестрації кістки, прилеглої до кореня з переломом та візуалізація лінії перелому при відшаруванні слизово-окісного клаптя є патогномонічними.

ОРГАНІЗАЦІЯ НАДАННЯ ЕКСТРЕНОЇ І НЕВІДКЛАДНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ

Шульженко Ю.В.

КНП «Решетилівська центральна лікарня Решетилівської міської ради
Полтавської області»

Різні захворювання, травматичні ушкодження, нещасні випадки, отруєння тощо часто вимагають екстреної медичної допомоги, від своєчасності та якості якої залежать здоров'я й життя хворого. Належна організація роботи та матеріально-технічне забезпечення служби екстреної медичної допомоги (БМД), помножена на високий рівень професійної підготовки у наданні невідкладних медичних заходів на догоспітальному етапі, здатні не лише рятувати життя хворим (постраждалим), а й сприяти подальшому успішному лікуванню, попереджуючи при цьому розвиток тяжких ускладнень.

У 2012 році був прийнятий та набрав чинності Закон України «Про екстрену медичну допомогу» (від 05.07.2012 № 5081-VI) із змінами, внесеними Законом № 421-IX від 20.12.2019, що визначає організаційно-правові засади забезпечення громадян України та інших осіб, які перебувають на її території, екстреною медичною допомогою, у тому числі під час виникнення надзвичайних ситуацій та ліквідації їх наслідків, і засади створення, функціонування й розвитку системи екстреної медичної допомоги.

Закон став основним у реформуванні служби екстреної медичної допомоги та зобов'язує надання двохетапної медичної допомоги на догоспітальному та госпітальному етапах, створення Територіальних центрів екстреної медичної допомоги та медицини катастроф (ТЦЕММК), станцій екстреної (швидкої) медичної допомоги, бригад екстреної (швидкої) медичної допомоги (БЕ(Ш)МД), відділень екстреної (невідкладної) медичної допомоги в багатопрофільних лікарнях, а також забезпечує організацію госпітальних округів, перепрофілювання закладів із вторинною (спеціалізованою) допомогою та інше.

Національним центром екстреної медичної допомоги та медицини катастроф України є Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф (УНПЦЕММК), який організовує наукове, аналітичне, організаційно-медичне забезпечення служби екстреної медичної допомоги та медицини катастроф.

У систему екстреної медичної допомоги в Україні входять центри екстреної медичної допомоги та медицини катастроф, станції екстреної (швидкої) медичної допомоги, бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги відділення екстреної (невідкладної) медичної допомоги.

Основу функціонування системи екстреної медичної допомоги становлять: постійна готовність до надання екстреної медичної допомоги; оперативне та цілодобове реагування на виклики екстреної медичної допомоги; доступність та безпечність екстреної медичної допомоги, її своєчасність, якість та пріоритетність; послідовність та безперервність надання екстреної медичної допомоги та її відповідність єдиним вимогам; регіональна територіальність.

Управління системою екстреної медичної допомоги та медицини катастроф (МК) полягає в контролі за виконанням протоколів надання екстреної медичної допомоги постраждалим на догоспітальному та госпітальному етапах, затверджених МОЗ України, та забезпечення умов для своєчасного надання допомоги.

Центральні органи виконавчої влади забезпечують формування та реалізують державну політику у сфері охорони здоров'я, зокрема: визначають пріоритетні напрямки розвитку системи екстреної медичної допомоги; забезпечують нормативно-правове регулювання діяльності системи екстреної медичної допомоги та надання її населенню; визначають єдині вимоги і критерії до закладів охорони здоров'я системи екстреної медичної допомоги та їх структурних одиниць, а також до закладів охорони здоров'я, які можуть бути залучені до надання екстреної медичної допомоги в разі виникнення надзвичайних ситуацій і ліквідації їх наслідків, здійснюють контроль за їх дотриманням; затверджують примірні штатні розклади й таблиці оснащення закладів охорони здоров'я системи екстреної медичної допомоги та їх структурних одиниць; визначають єдині кваліфікаційні вимоги до медичних та інших працівників закладів охорони здоров'я системи екстреної медичної допомоги та їх структурних одиниць; формують і розміщують державне замовлення на підготовку, перепідготовку й підвищення кваліфікації медичних працівників для потреб системи екстреної медичної допомоги; організують наукове забезпечення функціонування системи екстреної медичної допомоги;

затверджують клінічні протоколи й стандарти екстреної медичної допомоги, здійснюють контроль за їх дотриманням; налагоджують міжнародну співпрацю та вивчають світовий досвід щодо організації та надання екстреної медичної допомоги.

Фінансове забезпечення системи екстреної медичної допомоги за рахунок бюджетних коштів здійснюється відповідно до бюджетного законодавства. Специфікації та умови закупівлі медичних послуг, які надаються за Програмою медичних гарантій, розробляються для надавачів медичних послуг, які бажають укласти договір з НСЗУ. Формування вимог відбувається на основі чинних галузевих стандартів, уніфікованих протоколів надання медичної допомоги, примірних таблиць матеріально-технічного оснащення, інших нормативно-правових актів та міжнародних рекомендацій, які регулюють сферу надання медичних послуг, за участі Робочих груп експертів за відповідними медичними напрямами. Провідним завданням при розробці специфікацій та умов закупівлі за Програмою медичних гарантій є удосконалення та розвиток надання медичних послуг.

Отже, основними завданнями системи екстреної медичної допомоги є: організація та забезпечення надання доступної, безоплатної, своєчасної та якісної екстреної медичної допомоги, у тому числі під час виникнення надзвичайних ситуацій і ліквідації їх наслідків; медико-санітарний супровід масових заходів; взаємодія з аварійно-рятувальними підрозділами міністерств, інших центральних

та місцевих органів виконавчої влади під час виникнення надзвичайних ситуацій і ліквідації їх наслідків.

ІНСУЛЬТ ЯК МЕДИКО-СОЦІАЛЬНА ПРОБЛЕМА ЛЮДСТВА

Яремко М.С.

КНП «ЦПМСД Білоцерківської сільської ради».

Інсульт це гостре порушення мозкового кровообігу. Він виникає, коли приплив крові до мозку раптово перебивається. Нервові клітини мозку починають відмирати, адже до них не надходять кисень і поживні речовини, мозок просто перестає функціонувати належним чином.

Щороку в Україні трапляється 100–110 тисяч інсультів, причому понад третина з них — у людей працездатного віку. 30–40% хворих на інсульт помирають упродовж першого місяця, до 50% — протягом року від початку захворювання. 20–40% хворих, яким пощастило вижити, залишаються залежними від сторонньої допомоги, бо стають по-суті інвалідами. Лише близько 10% перехворілих повертаються до повноцінного життя.

Існує два види інсультів: ішемічний, який виникає тоді, коли артерія або дуга кровоносної судини в мозку блокується тромбом, та геморагічний. Він трапляється, коли кровоносна судина в мозку з якоїсь причини розривається, через що відбувається крововилив у мозкові оболонки. За кожну хвилину при порушенні кровообігу гине 1,8—2 млн. нервових клітин. Отже, чим довше буде порушено мозкове кровопостачання, тим сильнішим виявиться пошкодження мозку й менший шанс на видужання. Негайна лікарська допомога може врятувати життя пацієнта та збільшує його шанси на успішне відновлення після інсульту, іноді навіть без нейрохірургічної операції.

Найпоширеніший вид інсульту — ішемічний, він трапляється у 80% хворих. Цей вид інсульту можна успішно лікувати методом тромболітичної терапії: хворому вводять препарат, який розчиняє тромб, що перешкоджає притоку крові до мозку. Вже протягом години у хворого відновлюється кровообіг, і він швидко одужує. Метод ефективно працює лише протягом трьох годин із моменту виникнення інсульту.

Набагато складніший геморагічний інсульт. Смертність від нього сягає 40–50%. Єдиний більш-менш дієвий вид допомоги таким хворим — нейрохірургічна операція, проведена вчасно. Нерідко геморагічний інсульт виникає у 30-40-річних людей і навіть молодших. Як правило, це люди, у яких виявлено аневризму (випинання стінки судини внаслідок її стоншування або розтягування) судин головного мозку. І велике фізичне навантаження або стресова ситуація, що супроводжується підвищенням артеріального тиску, можуть спровокувати розрив аневризми, тобто геморагічний інсульт.

В Україні з кожного десятка померлих 6-7 осіб – це ті, хто загинув від серцево-судинних захворювань. Рівень захворюваності та смертності від інсульту в Україні суттєво вищий (у певних вікових категоріях — в рази), ніж у країнах Євросоюзу. Це пов'язано передусім із дуже низьким рівнем обізнаності населення щодо причин, симптомів (перших ознак) та наслідків інсульту, в той час як це —

життєво необхідні знання. Адже від того, як швидко та ефективно буде надана медична допомога людині з інсультом, залежить, чи повернеться вона до повноцінного життя.

При інсульті втрачений час може коштувати хворому життя. Тому дуже важливо швидко діагностувати небезпеку і викликати невідкладну медичну допомогу. Як правило, під час інсульту виникають такі симптоми:

- людина не може посміхнутися, при цьому зазвичай опускається куточок губ;
- постраждалий не може нормально говорити — вимова нерозбірлива та плутана;
- людина не може підняти обидві руки вгору або ж одна рука занадто слабка і не ворушиться;
- виникає слабкість чи оніміння у правій або лівій частині тулуба та кінцівках.

Інколи інсульт може проявитися лише інтенсивним головним болем. Для гіпертоніків – це звичне відчуття. Тому якщо ви помітили хоча б один із цих проявів, особливо після епізоду підвищеного артеріального тиску – необхідно негайно викликати екстрену допомогу. Чим швидше пацієнту нададуть фахову допомогу, тим більші його шанси уникнути важких ускладнень.

Будь-яку хворобу краще попередити, ніж її лікувати. Здоров'я людини лише на 10% в руках лікарів. Такі фактори як спадковість, незадовільна екологія теж мають значення, але вони не є визначальними. Дуже багато залежить від способу життя людини. Постійні стреси, неправильне харчування, зайва вага, низька фізичну активність, куріння і зловживання алкоголем все це сприяє появі інсульту. Також сприяють виникненню інсульту атеросклероз судин головного мозку, гіпертонічна хвороба, порушення серцевого ритму, цукровий діабет, порушення обмінних процесів. Помірна фізична активність, здорове харчування, підтримання нормальної ваги тіла, психічна врівноваженість і доброзичливість – запорука тривалого здорового життя.

EMERGENCY CARE AT PROSTHODONTIC DEPARTMENT OF DENTAL CLINIC

Romashkina O.A.

Vinnytsya National Pirogov Memorial Medical University

Emergency care in prosthodontics clinic is known to be of such two types depending on the patient's condition as urgent and emergency. The doctor provides an urgent medical care to the patient in the event of a life-threatening condition, for example, with the sudden development of acute diseases or exacerbation of chronic diseases. If the occurrence of such conditions does not pose a clear threat to the patient's life, then this type of medical care is called emergency medical care. In addition, emergency care in prosthodontic dentistry can be considered as general emergency care and special emergency care. The first type of assistance includes helping a patient who is fainting, with a hypertensive crisis, during an angina attack, etc. Special emergency care in prosthodontic clinic includes manipulations aimed at eliminating pain and

discomfort in the oral cavity, as well as eliminating aesthetic and speech defects. This includes various types of anesthesia, for example, application to reduce a pronounced gag reflex, as well as infiltration and conduction anesthesia of the maxillofacial region used in dental preparation. The same group of emergency dental care includes x-ray methods for examining teeth, jaw bones and temporomandibular joints. Special emergency prosthodontic care at a dental appointment includes the correction and repair of removable dentures and maxillofacial prostheses that cause mechanical trauma to the soft tissues of the patient's oral cavity, as well as the removal of a denture, in particular, a fixed denture, according to urgent indications, for example, in case of injury tissues of the patient's oral cavity with constructive elements of the prosthesis. This group also involves the fixation of a fixed denture during its decementation, loss, etc. Emergency dental care of prosthodontist also provides for the urgent elimination of an aesthetic and / or speech defect in case of injury or removal of a frontal tooth or a group of frontal teeth using fixed dentures or removable immediate prostheses. Thus, emergency care occupies an important and significant place in the work of a dentist in the prosthodontics clinic.

ЗМІСТ

Вітальне слово доктора медичних наук, професора, заслуженого лікаря України ректора Полтавського державного медичного університету	3
Вячеслава Ждана	3
Вітальне слово завідувача кафедри соціальної медицини, громадського здоров'я, організації та економіки охорони здоров'я з лікарсько-трудовою експертизою, доктор медичних наук, професора Ірини Голованової	4
Вітальне слово директора видавництва ALUNA (Польща), видавничого директору наукового журналу « <i>Emergency Medical Service</i> », док. н. гум. Анни Лучинської	5
<u>Статті учасників конференції:</u>	
Гринь К.В., Дельва М.Ю., Гринь В.Г. Невідкладні стани при судинних захворюваннях головного мозку.....	6
Безпалько С. М., Краснова О.І. Невідкладні стани в практиці сімейного лікаря.....	12
Білойваненко О. І., Ляхова Н. О., Краснова О. І. Фактори ризику серцево-судинних захворювань у дітей та підлітків.....	13
Глущенко В.В. Невідкладна допомога в стоматології.....	19
Гнедик Є.С. Правова характеристика первинного огляду за допомогою телемедицини та направлення для лікування за кордон.....	23
Марченко О.О., Глушко О.О. Роль мобільних медичних бригад у процесі надання екстреної медичної допомоги поліцейським Національної поліції України та військовослужбовцям Національної гвардії України при виконанні ними оперативно-службових завдань під час ліквідації наслідків надзвичайних ситуацій.....	26
Пашков В.М., Соловйов О.С. Медицина катастроф в надзвичайних ситуаціях: правовий статус.....	38
Сергата Є.В., Марченко О.О. Окремі питання організації надання екстреної медичної допомоги поліцейським Національної поліції України та військовослужбовцям Національної гвардії України при виконанні ними оперативно-службових завдань під час ліквідації наслідків надзвичайних ситуацій.....	42
Терзі О. О., Кривда Г.Ф. Правові та організаційні основи надання екстреної та невідкладної допомоги під час пандемії COVID-19.....	48
<u>Тези учасників конференції</u>	55
Гоголь А.М., Панькевич А.І., Колісник І.А. Проблема синкопальних станів на хірургічному стоматологічному прийомі в умовах поліклініки.....	55
Горай М.А., Гаджула Н.Г., Курдиш Л.Ф., Мунтян О.В., Федик Т.В. Оцінка психоемоційного стану пацієнтів на амбулаторному стоматологічному прийомі.....	57
Дерев'янку Т.В., Звягольська І.М., Полянська В.П. Роль мікробіології з профілактикою інфекцій у професійному становленні парамедика.....	59

Дригоза О.І., Мартиненко Н.В. Невідкладна допомога в практиці лікаря сімейної амбулаторії.....	61
Кравець К.В., Бородаєв І.Є., Пихтєєва О.Д. Роль fast track-хірургії в лікуванні хворих на гострий деструктивний холецистит, що ускладнений перитонітом.....	63
Краснова О.І., Ляхова Н. О., Одійчук В.О., Теницька Є. Д. Невідкладна медична допомога при гіпоглікемії.....	65
Курдиш Л.Ф., Горай М.А., Гаджула Н.Г., Мунтян О.В., Повшенюк А.В. Досвід усунення больового синдрому після ендодонтичного лікування.....	67
Лавренко К.Д. Аналіз динаміки частоти викликів бригад екстреної медичної допомоги в період пандемії COVID-19 в м. Полтава.....	68
Литовка О.М. Організація надання екстреної і невідкладної медичної допомоги в Україні в період реформування.....	69
Могильник А. І. Ефективність посиленої методики преоксигенації при індукції в анестезію в плановій хірургії.....	72
Мунтян О.В., Мунтян В.Л., Горай М.А., Курдиш Л.Ф. Премедикація на амбулаторному стоматологічному прийомі.....	73
Поліщук С.С., Свистунов Д.М., Фурман Р.Л., Кузько О.В. Профілактика гнійно-запальних ускладнень після гострої перфорації дна гайморової пазухи.....	75
Пархоменко Л. С., Краєвська О.О. Нормативно-правові документи, що регламентують надання екстреної медичної допомоги та їх аналіз.....	77
Передерій Н.Ю., Шондолі М. Ю. Організація надання хірургічної допомоги в ДУ«Центр охорони здоров'я державної кримінально-виконавчої служби України».....	81
Ременяк Т. П. Невідкладні стани в практиці лікаря первинної медичної допомоги.....	82
Савченко Л.П., Карпова Ю.М., Плужнікова Т.В. Організація надання екстреної медичної допомоги дітям на стаціонарному рівні.....	85
Тарасенко К.В., Зелінка-Хобзей М.М. Особливості експресії cd68 ⁺ та cd163 ⁺ субпопуляцій макрофагів плацент жінок із преекламписією, що виникла на фоні супутнього ожиріння.....	86
Уграновська В.А., Маркова О.В. Невідкладні стани у хірургії.....	88
Федик Т.В., Гаджула Н.Г., Повшенюк А.В., Федик А.В., Квірікашвілі А.М. Своєчасна діагностика при вертикальному переломі кореня зуба після ендодонтичного лікування.....	90
Шульженко Ю.В. Організація надання екстреної і невідкладної медичної допомоги в Україні.....	92
Яремко М.С. Інсульт як медико-соціальна проблема людства.....	94
Romashkina O.A. Emergency care at prosthodontic department of dental clinic.....	95